PARIJS

FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

Année : 1973

THÈSE

n°

58

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MOHAMED-TAÏEB-FETHI BENHAMIDA

né le 18 Février 1938 à Sfax (Tunisie)

INTERNE des HOPITAUX de PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 1973

LES ULCÈRES GASTRIQUES TRANSFORMÉS

(A propos de 49 observations)

PRESIDENT : Monsieur le Professeur P. PADOVANI

FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

Année : 1973

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MOHAMED_TAÏEB_FETHI BENHAMIDA

né le 18 Février 1938 à Sfax (Tunisie)

INTERNE des HOPITAUX de PARIS

Présentée et soutenue publiquement le *1973*

LES ULCÈRES GASTRIQUES TRANSFORMÉS

(A propos de 49 observations)

PRESIDENT : Monsieur le Professeur P. PADOVANI

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A la mémoire de mon père
A ma chère mère
A mes frères et soeurs
A toute ma famille

Je dédie cette thèse, en témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A ma chère femme

Pour son soutien indefectible tout le long de mes études médicales.
En témoignage de mon affection et de mon attachement.

A mon Maître

Monsieur le Professeur Paul PADOVANI
qui m'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde reconnaissance.

A mon Maître

Le Docteur Alain MOUCHET, dont l'illustre expérience chirurgicale m'a permis ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma gratitude et de mon attachement.

A mon Maître Jean Paul CLOT

Il a été mon conférencier
Il a orienté mon internat
Il a largement contribué à ma formation chirurgicale

En témoignage de mon admiration et de ma reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Externat

Monsieur le Professeur R. MERLE D'AUBIGNE
Monsieur le Professeur F. POILLEUX
Monsieur le Professeur P. ABOULKER
Monsieur le Professeur G. BROUET
Monsieur le Professeur J. DI MATTEO
Monsieur le Professeur J. LENEGRE (in mémoriam)

Internat

Monsieur le Professeur F. POILLEUX
Monsieur le Docteur Cl. FRILEUX
Monsieur le Docteur A. MOUCHET
Monsieur le Professeur J.L. LORTAT-JACOB
Monsieur le Professeur M. MERCADIER
Monsieur le Professeur J.M. CORMIER
Monsieur le Professeur J. LOYGUE

A la Faculté

Monsieur le Professeur Agrégé B. VASSEUR

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux

Messieurs les professeurs agrégés

J.L. ALEXANDRE

M. GUIVARC'H

F. FEKETE

M. GARBAY

Messieurs les Docteurs

J. MARQUAND

P. PILLOT-BIENAYME

H. LARRIEU

Cl. RICHARD

A mes conférenciers

Monsieur le Professeur Agrégé J.P. CLOT

Monsieur le Docteur J. Cl. HESSE

P L A N

LES ULCERES GASTRIQUES TRANSFORMES

I - INTRODUCTION

II - HISTORIQUE

III - MATERIEL D'ETUDE

IV - FREQUENCE DES ULCERES TRANSFORMES

V - RESUMES DES OBSERVATIONS

VI - ETUDE ANALYTIQUE

- A - GENERALITES
- B - DIAGNOSTIC PREOPERATOIRE DE L'ULCERE TRANSFORME.
- C - LE TRAITEMENT D'EPREUVE
- D - LA FIBROSCOPIE
- E - DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE
- F - PERSPECTIVES D'AVENIR
- G - DIAGNOSTIC EN COURS D'OPERATION
- H - LE DIAGNOSTIC ANATOMO PATHOLOGIQUE DE L'U.T.

VII - LE TRAITEMENT

VIII- RESULTATS

- A - MORTALITE OPERATOIRE
- B - SUITES OPERATOIRES

IX - PRONOSTIC

X - CONCLUSIONS

LES ULCERES GASTRIQUES TRANSFORMES (UT) A PROPOS DE 49 OBSERVATIONS

I N T R O D U C T I O N

Rarement sujet fut plus controversé que celui des ulcères gastriques transformés (UT). Cela tient à la difficulté d'affirmer la bénignité antérieure de l'ulcère, puisqu'un cancer à évolution lente peut emprunter à l'ulcère sa symptomatologie douloureuse et son image radiologique et même son aspect macroscopique. Nous admettrons, cependant avec la majorité des auteurs Français, l'entité de l'ulcère dégénéré devant le grand nombre d'observations publiées d'ulcères évoluant depuis fort longtemps parfois 20 ans et qui un jour voient se développer sur l'une de leurs berges un cancer strictement localisé.

L'intérêt que revêt pour nous le diagnostic précoce de l'ulcère transformé mérite que l'on dépasse la discussion doctrinale sur la filiation des lésions pour se consacrer au dépistage du cancer sur ulcère chronique. Avec Kourias et les auteurs Allemands nous déplorons le nombre actuellement plus grand d'ulcères gastriques dégénérés diagnostiqués tardivement au terme d'une surveillance inefficace.

L'ulcère transformé possède le pronostic relativement plus favorable du cancer gastrique au stade purement muqueux si la dégénerescence est reconnue à son début.

Le but de ce travail est d'étudier les moyens de diagnostic précoce et le traitement de l'ulcère dégénéré en s'appuyant sur l'analyse des observations de 49 malades opérés dans le service de mon maître le Docteur A. MOUCHET à l'hôpital Foch (de Suresnes 92).

HISTORIQUE

C'est en 1829 que Cruveilhier décrit l'ulcère bénin et le distingue du cancer gastrique. Ces deux entités ont été jusqu'alors confondues. Il envisage, en même temps, l'hypothèse de développement d'un cancer sur un ulcère chronique.

En 1842, Rokitansky rapporte la première observation de transformation d'un ulcère gastrique.

En 1883, Hauser précise les données du diagnostic anatomo pathologique.

La notion d'ulcère dégénéré est alors reprise par de nombreux auteurs (Haltz, Pealock, Brinton et plus tard Meyer et Platow).

Hayem décrit le premier cas en France d'ulcère dégénéré. Il lui donne le nom d'ulcèro-cancer, terme repris par Lignol et Lentuelle.

L'école Lyonnaise, avec Devic, Tripier, Duplan et Sannerot nie la possibilité de transformation cancéreuse de l'ulcère gastrique. Pour ces auteurs, il s'agit d'un cancer ulcériforme d'évolution très lente.

Hartmann (Paris) distingue l'ulcère calleux et le cancer ulcériforme. Celui-ci peut emprunter à l'ulcère des signes cliniques, radiologiques voire même macroscopiques. Pour Hartmann, la dégénérescence maligne de l'ulcère gastrique, si elle est possible, reste exceptionnelle.

Newcomb, Staembler, et Borman, reprennent l'hypothèse des ulcères transformés. Newcomb précise les critères de l'ulcère chronique. Staembler pense que le cancer se développe sur une berge ou le fond de l'ulcère.

En 1939, les travaux d'Ivan Bertrand, Péristiany et R. Gutmann, définissent les critères radio-cliniques et anatomo pathologiques permettant d'affirmer la transformation maligne d'un ulcère. Selon Gutmann elle atteint 10 % des ulcères gastriques.

.../...

Mais si la majorité des gastro entérologues français admettent la dégénérescence maligne de l''ulcère gastrique, la controverse reste vive. Dans l'état actuel de nos connaissances rien ne permet de clore dans un sens ou dans l'autre le débat. "Cette discussion est toujours d'actualité, contrairement à ce que disait Gordet en 1952, lorsqu'il affirmait que ce dossier était a jamais fermé ; nous estimons au contraire qu'il faut le rouvrir, en raison des faits nouveaux que constituent les examens fibroscopiques et les biopsies dirigées" (A. Mouchet).

.../...

MATERIEL D'ETUDE

Comme l'a dit Cornet : pour dire ulcère transformé il faut, pouvoir répondre à deux critères qu'il n'est pas toujours aisé de fournir :

1°) Apporter la preuve qu'il existait un ulcère typique bénin.

2°) Démontrer que cet ulcère primitivement bénin a été secondairement le siège d'un processus malin.
Or tout peut être sujet à hésitation, la clinique, la radiologie, l'endoscopie, l'histologie même.
Nous avons soumis 66 dossiers, classés comme étant UT de 1952 à 1970, a une sélection rigoureuse. Seules ont été retenues 49 observations qui répondent au double critère clinique et histologique de l'UT.

- Clinique - L'histoire de la maladie et les constations radiologiques doivent permettre de parler de "passé ulcéreux".

- Histologique - Un nouvel examen des coupes histologiques par le Docteur Saglier anatomo pathologiste de l'Hôpital Foch a permis d'éliminer tous les cas litigieux.

  Cette étude a été particulièrement facilitée par l'excellente tenue des observations étroitement supervisées par le Chef de service et ses assistants.
  L'enquête concernant les décés a pu être menée à bien grâce aux renseignements obtenus auprès des familles ou des Mairies d'origine. La presque totalité des survivants sont régulièrement convoqués aux consultations du Docteur MOUCHET et ont été revus récemment (fin 1971, début 1972). Trois malades empêchés de venir à l'Hôpital Foch ont répondu à un questionnaire très complet. Un malade vivant est perdu de vue, mais nous savons qu'à priori il va bien.

  Nous avons fait appel à l'ordinateur de l'Hôpital Foch pour exploiter les informations contenues dans les observations étudiées.

.../...

LA FREQUENCE DES ULCERES GASTRIQUES TRANSFORMES

La fréquence des ulcères dégénérés est diversement appréciée (voir tableau I).

Celui-ci volontairement limité à quelques auteurs montre que cette fréquence atteint près de 20 % pour certains tel Marschall (19,3 %). Elle se réduit à 0 pour d'autres qui nient l'existence d'une telle entité. Ainsi pour les auteurs Lyonnais Devic, Tripier, Duplan et Sannerot, il n'y a pas d'ulcères dégénérés, mais seulement des cancers ulcérés à évolution lente. Les américains Flood, Lattes et Bachner affirment que l'apparition d'un cancer sur un ulcère gastrique bénin est un fait du hasard. Ogilvie enfin, rejette les critères histologiques de l'ulcère transformé qui ne serait qu'une forme squirrheuse du cancer gastrique.

A l'inverse les nombreux défenseurs de la transformation maligne des ulcères multiplient les publications d'observations et d'études qui soulignent l'individualité de cette entité et le risque de laisser évoluer un ulcère qui résiste au traitement médical sous prétexte qu'il ne peut être malin.

Dans un article récent Kourias, tout en rapportant les conclusions de publications allemandes insiste sur le mauvais pronostic des formes vues tardivement. Charles Debray soutient les mêmes conclusions en affirmant que les médecins font moins opérer les ulcères gastriques ces dernières années qu'auparavant et ceci à tort probablement.

Que dire de la grande disparité dans l'appréciation de la fréquence des ulcères dégénérés par rapport aux ulcères gastriques d'une part, des cancers gastriques d'autre part. Ces différences statistiques s'expliquent par le fait que le matériel de base n'est pas le même selon que l'auteur est médecin, chirurgien ou anatomopathologiste. En effet, si le medecin inclut dans ses statistiques tous les cas d'ulcères gastriques guéris médicalement ou chirurgicalement (d'où le pourcentage faible des ulcères dégénérés : 1,8 % pour Jordan) ; le chirurgien, lui, limite son étude aux ulcères gastriques qui lui ont été confiés, d'où une proportion plus grandes d'ulcéro-cancers rapportée par les publications des auteurs chirurgiens.

.../...

Enfin parmi les publications d'anatomopathologistes il s'agit tantôt de l'étude du tout venant de leur laboratoire, tantôt de l'étude limitée aux uniques pièces de gastrectomie.

Nous pensons que l'absence d'homogénéité dans l'appréciation de la fréquence de cancérisation des ulcères gastriques s'explique également par le choix arbitraire et souvent sélectif qu'imposent les arguments histologiques. En effet comme nous l'avons déjà évoqué au début de cet article, si l'on exige le caractère strictement limité des cancers on aboutit à un nombre faible d'ulcères dégénérés qui ne représentent que les cas vus précocemment, à l'inverse, si l'on tolère un envahissement plus ou moins important de l'ulcère par le processus néoplasique on aura une plus grande proportion d'ulcères transformés mais on prend le risque d'inclure dans la statistique d'authentiques cancers ulcériformes. Nous avons tenu compte de ces différents facteurs puisque on rencontre dans nos observations des ulcères de Cruveilhier avec un petit noyau cancereux sur une berge ; à côté d'autres cas vus tardivement au stade d'envahissement ganglionnaire.

Nos 49 observations font partie d'un lot de 427 gastrectomies faites avec le diagnostic préopératoire d'ulcère gastrique et de 847 gastrectomies pour cancer de l'estomac. Ainsi la fréquence des ulcères transformés par rapport à l'ensemble de nos ulcères gastriques est de 11 %. Elle est de 5,6 % par rapport à l'ensemble des gastrectomies pour cancer gastrique.(Tableau II).

La proportion d'ulcères transformés par rapport au chiffre global d'ulcères gastriques et de cancers gastriques (1274) est de 3,8 %.

.../...

TABLEAU I - Fréquence des ulcères dégénérés par rapport à la totalité des ulcères gastriques.

AUTEURS	Nombre d'ulcères gastriques	Pourcentage des ulcères dégénérés
MARSHALL,S.F.(1948).....	*131*	*19,8 %*
MICHAUD,P.C. et DEMOLE,H.(1952)	*495*	*13,9 %*
OGILVIE (1952).....	*1000*	*0 %*
BERNARDO,J.R. et Coll.(1958)..	*519*	*9,6 %*
JORDAN, S.H. (1958).....	*1000*	*1,8 %*
STEWART,M.J.(1958).....	*1038*	*10 %*
MONGES,H.(1960).....	*776*	*1,93 %*
BROWN et Coll.(1961).....	*1650*	*6,4 %*
NUSSBAUMER (1961).....	*230*	*14,5 %*
TSCHANTZ,P.(1963).....	*402*	*6,9 %*
WELCH et BURK (1969).....	*759*	*5 %*
KOURIAS (1971).....	*586*	*10 %*
LAMBLING (1971).....	*1088*	*3,8 %*
MOUCHET (1972).....	*427*	*11 %*

.../...

TABLEAU II - Fréquence des ulcères dégénérés par rapport aux cancers gastriques.

AUTEURS	Cancers gastriques	% d'ulcères dégénérés
MORGAN, A.D. and LEE,F.S. (1954).....	*104*	*2 %*
STEWART M.J. (1958).....	*581*	*17,7 %*
BROWN C.H. and Col.(1961)...	*1610*	*6,5 %*
NUSSBAUMER,A.(1961).....	*260*	*15 %*
RAZEMON (1967).....	*470*	*3,8 %*
KOURIAS (1971).....	*438*	*13 %*
LAMBLING (1971).....	*476*	*7,7 %*
MOUCHET (1972).....	*847*	*5,6 %*

Notre pourcentage d'U.T. par rapport aux gastrectomies pour cancer est de 5,6 %, tandis qu'il est de 11 % par rapport aux gastrectomies pour ulcère. Le chiffre global de nos gastrectomies groupant ulcères gastriques et cancers est de 1274 : sur ce total la proportion d'U.T. est de 3,8 %.

.../...

RESUMES DES 49 OBSERVATIONS

Obs. N° 1 -

M. AUT... Albert, 33 ans - Malade porteur d'un ulcère duodénal découvert il y a 3 ans (en 1961) et traité médicalement. Ce traitement a entraîné une disparition de la douleur. Il y a deux mois nouvelle poussée ulcéreuse. Les radios objectivent un ulcère duodénal et un autre ulcère de l'angle de la petite courbure gastrique.
Le traitement d'épreuve fut un échec. Le malade est opéré le 15 Décembre 1964. On découvre un ulcère duodénal cicatrisé et surtout sur l'angle de la petite courbure une ulcération d'aspect tumoral, on pratique une gastrectomie large étendue au 8/10 de l'estomac avec décollement coloépiploïque et un curage ganglionnaire. L'ouverture de la pièce opératoire confirme l'aspect suspect ; l'histologie montre un epithelioma glandulaire développé au dépens d'un ulcère ancien. Les ganglions prélevés ne sont pas envahis. Suites opératoires simples. Traitement à l'endoxan.Suivi régulièrement tous les six mois. A été revu à la consultation le 15.4.1971. Il se porte bien.

Obs. N° 2 -

M. BAS... Hugues -54 ans -
Début des troubles il y a un an par un ballonnement épigastrique et constipation. Un traitement antiulcéreux a été institué sans preuve radiologique de l'ulcère. Il est inefficace. Depuis un mois intensification des troubles, douleurs épigastriques et asthénie, mais sans amaigrissement.
Le TGD montre une lacune antro pylorique avec sténose gastrique.
Intervention le 13 Septembre 1966 : on découvre une tumeur antrale circulaire perforée bouchée dans le ligament rond. Pas de métastases hépatiques ou péritonéales.
On pratique une gastrectomie des 4/5 avec ablation des ganglions sous pyloriques et ligature de l'artère coronaire à son origine. Anastomose type Péan.
Les suites opératoires ont été troublées par une éviscération de la médiane qui a été reprise en un plan au fil de bronze. L'histologie montre un épithélioma glandulaire développé sur le versant d'une ulcération très profonde.

.../...

Les ganglions coronaires et sous pyloriques ne sont pas envahis.
Décédé le 6 Août 1968 (Cause inconnue).

Obs. N° 3 -

M. BAR... André - 50 ans.
L'histoire de la maladie remonte à 1947 où à la suite d'une douleur épigastrique à type de crampe, des radiographies montrent un ulcère de la petite courbure. Cette poussée ulcéreuse a été traitée par Laristine et Laroscorbine pendant un mois. Pendant douze ans pas de nouvelles poussées. En 1959 nouvelles poussées douloureuses avec crampes épigastriques rythmées et entrainant un amaigrissement modéré. Des radiographies montrent une niche de la portion horizontale avec bourrelet d'oedème, rigidité aux alentours et irrégularités - on pose le diagnostic d'ulcère dégénéré ou néoplasme ulcériforme. Intervention le 18 Novembre 1959. Elle met en évidence une importante ulcération qui adhère à l'isthme pancréatique. On pratique une gastrectomie subtotale large avec une ligature haute de la coronaire. Pas de ganglions paragastriques. Anastomose type Polya.
L'histologie montre qu'il s'agit d'un ulcère présentant une transformation épithéliomateuse débutante. Bon fonctionnement de la bouche d'anastomose à distance de l'opération. Ce malade vit toujours et se porte bien, (plus de douze ans après l'opération).

Obs. N° 4 -

Mme BEA... Odette âgée de 72 ans.
Depuis deux ans souffre de douleurs épigastriques rythmées par les repas et améliorées par le traitement antiulcéreux. Nouvelle poussée en octobre 70. La radio montre une niche encastrée de l'angle de la PC. Intervention le 13 Novembre 1970:
On découvre une ulcération de 1 cm de diamètre sur la PC horizontale juxta angulaire. Les ganglions sous pyloriques et un ganglion dans le faux de la coronaire sont envahis en apparence. L'examen extemporané de ce dernier ne montre pas de métastases. On pratique une gastrectomie des 4/5 avec splénectomie. Sur la pièce opératoire l'ulcération est plane et régulière. Les suites sont simples. L'histologie montre une transformation épithéliomateuse de type glandulaire.

.../...

Mais si les ganglions sous pyloriques ne sont pas envahis, trois ganglions coronaires sur quatre le sont. La malade est revue en Juin 1971 : elle est amaigrie, le foie est gros, la scintigraphie montre d'énormes lacunes du foie droit.

Obs. N° 5 -

Mme BER... Anna âgée de 53 ans.

Depuis 7 ans, en 1949 douleurs épigastriques post prandiales négligées par la malade jusqu'en 1953 où elle est soumise à un traitement anti-ulcéreux sans que l'on précise dans l'observation si elle a eu ou non des radiographies de l'estomac. En avril 1956 un TGD montre une sténose pylorique sans image de niche.
Le traitement médical entraîne, une nouvelle amélioration . Mais quelques mois plus tard de nouveau réapparition de la douleur et surtout le TGD montre outre un canal pylorique effilé et étroit avec stase gastrique; une rigidité de l'autre suspecte. (août 1956). Intervention le 28.8.1956 : ulcère pylorique d'aspect banal parfaitement limité ; on pratique néanmoins une gastrectomie large avec anastomose type Péan. Les suites sont simples. L'histologie montre un ulcus pylorique avec une transformation épitheliomateuse en bordure. Pas de renseignements concernant les ganglions.La malade est revue à la consultation en Octobre 1971, elle se porte parfaitement bien.

Obs. N° 6 -

M. BES... Gabriel - âgé de 58 ans.
Ce malade présente un très long passé de troubles digestifs remontant à 1935 avec douleurs gastriques à type de brûlure survenant par poussées. Au cours du dernier trimestre 1960 des radios montrent un remaniement antro-pylorique, aspect pseudolacunaire et un bulbe mal injecté. Après traitement anti-ulcéreux nouvelles radios montrant une aggravation des lésions avec sténose pylorique. Intervention le 23.1.1961 : à la palpation on perçoit une lésion prépylorique postérieure. Après gastrotomie on découvre une ulcération de 1 cm1/2 de diamètre avec sur son bord un nodule intra pariétal. Le diagnostic envisagé est celui d'un ancien ulcère calleux, ou celui d'un ulcère dégénéré. Une gastrectomie subtotale type ulcère avec anastomose gastroduodénale est pratiquée. Les suites sont simples et l'histologie montre un ulcère chronique avec un épithelioma glandulaire superficiel sur l'une de ses berges. Pas de renseignements concernant les ganglions. Depuis le malade est suivi pour troubles cardiaques et maladie de Parkinson. Il a été revue en Juin 1971, il va parfaitement bien du point de vue digestif.

.../...

Obs. N° 7 -

M. BLO... René âgé de 73 ans.

Le malade se plaint de douleurs épigastriques depuis 5 ans avec plusieurs poussées dans l'année. Depuis deux mois nouvelle poussée avec douleur sans périodicité ni rythme. L'état général est altéré. Un transit gastroduodénal montre une image diverticulaire de la grande courbure. On décide d'opérer sans test thérapeutique. Intervention en 1952 : on découvre un néo ulcéré du corps gastrique avec adhérence au pancréas. On pratique une exérèse en bloc de l'estomac, de la rate, de la queue du pancréas et du colon transverse. Suites opératoires simples. L'histologie montre un épi à la fois colloïde et glandulaire développé sur un gros ulcère gastrique préexistant. Les ganglions ne sont pas envahis. Ce malade opéré il y a 19 ans à l'âge de 73 ans a répondu à un questionnaire par correspondance. Il ne se plaint d'aucune gène digestive (Mars 1972).

Obs. N° 8 -

M. BON... Albert âgé de 76 ans.

Malade présentant des troubles digestifs à type d'anorexie, de dysphagie discrète pour les solides depuis plusieurs mois, de regurgitations acides donnant lieu à du pyrosis. Ces troubles qui duraient depuis trois ans ont amené à pratiquer des radios en 1963 qui montrèrent une hernie hiatale par glissement et un diverticule de D_2. Les troubles s'accentuant depuis 6 mois conduisent à pratiquer de nouveaux clichés qui montrent une image arrondie, lacunaire de l'autre - Un néo antral est suspecté. Intervention le 11 Juin 1968 : on découvre une tumeur antro-pylorique, dure, bosselée avec une ulcération centrale. Le foie est sain. On pratique une gastrectomie très large (4/5) et avant de faire l'anastomose gastroduodénale type Péan on fait la cure de la hernie hiatale . Les suites opératoires semblent d'abord être favorables puis le 14 Juin survient un arrêt cardiaque. La vérification montre qu'il s'agit d'une embolie pulmonaire massive. L'histologie révèle un ulcère en transformation épithéliomateuse : Sur les berges on observe des plages de transformation épithéliale, tantôt glandulaire, tantôt atypique.

.../...

Obs. N° 9 -

M. BOU... Firmin âgé de 72 ans.
Depuis 4 ans douleurs épigastriques survenant par poussées et image de niche angulaire (transit de 1959). Le traitement médical entraîne une disparition des douleurs et une très nette amélioration de l'image radiologique. Nouvelle poussée en novembre 1961 avec réapparition de la niche. Le traitement médical d'épreuve est institué mais il n'entraîne pas d'amélioration. Une nouvelle radio montre une niche encastrée. Intervention le 21.2.1962. Ulcère de la PC angulaire avec bourrelet inflammatoire de la taille d'une noix. Cette lésion adhère au mesocolon transverse dont on resèque une pastille de 3 cm, pas de métastases; les ganglions ne sont pas envahis. Gastrectomie type cancer avec anastomose à la Péan. Histologie : processus épitheliomateux de type glandulaire développé sur un ulcère préexistant. Les suites sont simples mais décès trois ans plus tard de cause inconnue.

Obs. N° 10 -

Mme BRU... Lucie 58 ans.
Depuis deux ans souffre d'un ulcère de la petite courbure angulaire. Le traitement antiulcéreux a entraîné la disparition de la douleur et de l'image de niche en 1950. Nouvelle poussée en Juillet 1951 cédant incomplètement au traitement avec amaigrissement important. Les radios montrent pourtant une niche d'aspect banal. Intervention le 15.4.1952 : on découvre un ulcère d'aspect banal de la PC angulaire : gastrectomie subtotale type ulcère - suites opératoires simples. Histologie : dégénérescence épitheliomateuse débutante sur un ulcère préexistant. Les ganglions ne sont pas envahis. En 1958 : réadmission pour cholecystite post gastrectomie - à cette occasion on constate l'absence de récidive au niveau du moignon gastrique. Pas de métastases. Depuis elle va bien et a repris une activité normale. Elle a été revue le 26.11.1971.

Obs. N° 11 -

M. CAN... Adrien âgé de 75 ans.
Depuis 13 ans ce malade est traité pour un ulcère gastrique dont les poussées d'abord espacées sont plus fréquentes depuis 3 ans. La dernière poussée a débuté il y a deux mois et demi. La douleur est rebelle au traitement et s'accompagne d'anorexie et d'amaigrissement. Le TGD montre une ouverture de l'angle de la PC. Une nouvelle série radiologique après traitement montre une niche encastrée de la PC horizontale. Intervention le 7 Mai 1963 : on découvre une tumeur ulcérée de la PC horizontale. Le foie est sain. On pratique une gastrectomie subtotale type cancer avec une anastomose gastro-duodéanle (Péan).

.../...

Les suites opératoires sont simples. L'histologie met en évidence un ulcère chronique avec des plages ayant l'aspect d'épithelioma intra muqueux. Pas d'envahissement ganglionnaire. Le malade est sorti un mois après l'intervention. Il est décédé le lendemain de sa sortie de cause inconnue. (Une embolie pulmonaire peut être par phlébo thrombose passée inaperçue ?).

Obs. N° 12 -

Mme CHA... Charlotte âgée de 72 ans.

Depuis 14 ans plusieurs poussées d'un ulcère du versant gastrique du pylore traité médicalement. Depuis 1968 les douleurs épigastriques sont moins intenses mais plus prolongées et résistent au traitement médical. Deux séries radiologiques faites en Mars et Septembre 1968 montrent une lacune antrale. La malade refuse l'intervention et ce n'est que devant l'intolérance gastrique absolue qu'elle accepte d'être opérée le 5 Novembre 1968. Intervention : on découvre un néo ulcéré de la région antro pylorique. On pratique une gastrectomie des 4/5 emportant les ganglions sous pyloriques et le grand épiploon. Les suites opératoires ont été marquées par un phlébite et des troubles urinaires. L'histologie montre un ulcère chronique avec epithelioma glandulaire sur l'un de ses bords, certains ganglions sont envahis. Deux ans plus tard récidive locale ; réintervention le 22.4.1970 : envahissement coeliaque et pancréatique par le processus néoplasique sur moignon. On fait une gastro-entérostomie palliative. Décès trois mois plus tard.

Obs. N° 13 -

M. CHE... Victor âgé de 48 ans.
Depuis un an traité pour une niche de la portion verticale de la petite courbure. Nouvelle poussée le 19 Juillet 1962 qui montre une augmentation importante du volume de la niche et une rétraction notable de la PC horizontale. Intervention le 31 Juillet 1962 : on découvre un gros ulcère de la portion angulaire perforé bouché dans le foie. Gastrectomie des 2/3 laissant le fond de l'ulcère en place qu'on a électrocoagulé. L'anastomose est de type Péan. L'histologie montre qu'il s'agit d'un ulcère dégénéré. Pas de renseignements sur les ganglions. Les suites opératoires immédiates sont simples mais décès dans l'année (récidive locale).

.../...

Obs. N° 14 -

M. DEC... André âgé de 67 ans.

Douleurs épigastriques avec vomissements depuis 1 mois. A l'examen clinique on perçoit une tuméfaction épigastrique. La radio montre une énorme dilatation gastrique et l'absence de passage duodénal. Le diagnostic, est celui d'une sténose pylorique d'origine néoplasique. Intervention : on découvre une petite tumeur pylorique adhérant à la tête du pancréas. On pratique une gastrectomie subtotale large suivie d'une anastomose type Péan. L'histologie montre une zone étroite de transformation épithéliomateuse. Les suites opératoires sont compliquées. Pas de renseignements concernant les ganglions. Infection broncho pulmonaire avec épanchement pleural. Troubles de la crase sanguine. Occlusion fonctionnelle du grêle. Fistule digestive. Le décès est survenu deux mois plus tard (cancer généralisé).

Obs. N° 15 -

M. DEM... André âgé de 49 ans.

Ce malade avait subi il y a un an une pneumonectomie droite pour cancer bronchique. Il est hospitalisé pour hémorragie digestive qui est en fait une récidive d'une première hématémèse datant de deux ans. Un transit gastro duodénal ne montrait pas de lésions gastriques mais à la suite de cette seconde hémorragie la radio gastrique montre une lacune de la PC horizontale avec ulcération. Intervention le 24 Juin 1970. On découvre à l'intervention une tumeur antrale perforée dans l'arrière cavité. Cette tumeur est associée à d'importants ganglions sous pyloriques et coronaires stomachiques. On pratique une gastrectomie des 4/5 avec curage coeliaque et sous pylorique suivie d'anastomose type Péan. Le mésocolon est réséqué en laissant une pastille sur la tumeur - suites simples - L'histologie montre un ulcère dégénéré présentant une transformation épitheliomateuse. Les ganglions coeliaques, coronaires et sous pyloriques sont envahis. Décès six mois plus tard le 7.1. 1971.

Obs. N° 16 -

Mme D'HA... Christiane âgée de 70 ans.

Cette malade se plaint de douleurs sous costales, de nausées survenant par poussée depuis trois ans. Ces douleurs sont devenues plus fréquentes et s'accompagnent d'amaigrissement. Un transit gastroduodénal montre une image marécageuse de la région antrale. Intervention le 13 Mars 1969 :

néo prépylorique ulcéré. On pratique une gastrectomie large des 4/5 suivie d'une anastomose type Péan. Les suites sont simples mais l'histologie révèle un ulcère présentant une transformation épithéliomateuse de type glandulaire. Les ganglions ne sont pas envahis. Les dernières nouvelles datent de Janvier 1971, la malade va bien. L'anastomose est fonctionnelle.

Obs. N° 17 -

M. DOU... Raymond âgé de 48 ans.

Le malade se plaint depuis un an de douleurs épigastriques post prandiales sans périodicité nette. Une première série de radios du mois d'octobre 57 montre une grosse niche angulaire que le traitement médical n'améliore pas. Puisque une radio du début de 1958 montre une persistance de la même image, on évoque une polymitose gastrique. Intervention le 2 Mai 1958 = macroscopiquement il s'agit d'un gros ulcère de la PC angulaire avec adenopathies coronaires et sous pyloriques. On fait une gastrectomie subtotale large avec anastomose type polya. Les suites opératoires sont simples, mais l'histologie montre un ulcère qui a subi une transformation épithéliomateuse. Les ganglions sont envahis. Décès le 4.4.1960, soit deux ans après l'intervention de cause inconnue.

Obs. N° 18 -

M. DUC... Paul âgé de 52 ans.

Depuis trois ans ce malade présente un syndrome ulcéreux mais la radio n'aurait pas montré d'ulcère. Ce n'est qu'en 1965 qu'une nouvelle radio montre une niche de la PC angulaire. Le traitement d'épreuve n'améliore ni la douleur, ni l'image radiologique. Intervention le 11 mai 1965 : cancer gastrique avec métastases hépatiques et péritoneales. On fait une gastrectomie palliative avec anastomose type Péan. Les suites sont simples mais l'histologie montre un ulcère présentant une transformation épithéliomateuse de type glandulaire. Plusieurs ganglions sont envahis. Le décès est survenu dans l'année.

Obs. N° 19 -

Mme EST... Ginette âgée de 41 ans.

Depuis 10 ans douleurs épigastriques à type de crampes survenant par poussées épisodiques. Depuis deux mois vomissements alimentaires et amaigrissement de trois kilos. La radio montre une tumeur ulcérée de l'angle de la PC persistant malgré le traitement anti ulcéreux. Intervention le 24 Novembre 1970 : on découvre une tumeur de l'angle de la PC avec envahisse-

.../...

ment ganglionnaire coronaire stomachique. Etant donné le jeune âge de la malade on pratique une gastrectomie totale avec splenectomie et curage ganglionnaire soigneux. Les suites sont simples - L'histologie montre un ulcère dégénéré. Tous les groupes ganglionnaires prélevés sont envahis. Dernières nouvelles en Octobre 1971 au cours d'une hospitalisation sans rapport avec son passé digestif.

Obs. N° 20 -

M. ESU... Marcel âgé de 75 ans.

Depuis six mois douleurs épigastriques post prandiales accompagnées d'asthénie et d'amaigrissement. Un transit gastro duodénal montre une grosse lacune de la région angulaire. L'intervention est décidée d'emblée sans traitement d'épreuve.

Intervention : on découvre une tumeur de la région antrale adhérant à la racine du colon transverse. On pratique une gastrectomie subtotale type cancer suivie d'une anastomose type Finsterer. Suites opératoires simples. L'histologie montre un ulcère ayant subi une dégénérescence épitheliomateuse sur l'une de ses berges. Les ganglions sont envahis. Décès au bout de deux ans d'une cause inconnue.

Obs. N° 21 -

Mme FOR... Suzanne âgée de 76 ans sans passé ulcéreux connu, se plaignant de douleur épigastrique depuis 1 mois. Le transit montre une image lacunaire de l'antre gastrique. L'état général est très mauvais avec des signes méningés mal étiquetés. Intervention le 4 Octobre 1966 : on découvre un petit néo de la région antrale . On pratique une gastrectomie des 4/5 avec anastomose type Péan. Suites simples sur le plan digestif -mais on voit s'installer très vite des complications neurologiques et un coma qui ont emporté le malade 35 jours après l'intervention. L'histologie montre un épithelioma glandulaire développé sur les berges et le fond d'un ulcère préexistant. Les ganglions sont envahis. Il n'y a pas eu de vérification.

Obs. N° 22 -

M. FRA... Albert âgé de 71 ans.

Depuis cinq ans douleurs ulcéreuses typiques survenant par poussées périodiques. En juin 1965 syndrome de sténose pylorique. La radio montre un aspect atresié de l'antre pylorique avec sténose pylorique. Intervention en Juillet 1965 : on découvre une tumeur pré-pylorique avec de nombreuses adénopathies pyloriques et coronaires stomachiques. On pratique une gas-

trectomie des 4/5 suivie d'une anastomose type Péan. L'histologie montre un épithelioma glandulaire développé sur un ulcère préexistant avec envahissement des ganglions sous pyloriques. Suites simples mais hospitalisation de nouveau deux ans plus tard en mai 1967 pour récidive sur moignon gastrique.
L'exploration montre une carcinose diffuse. On fait une jéjunostomie d'alimentation. Décès le 23 Juillet 1967.

Obs. N° 23 -

M. GAL... Georges âgé de 59 ans.
a été hospitalisé le 19 Mai 1960. Il présentait depuis deux ans un syndrome de douleurs épigastriques, faites de crampes post prandiales précoces, survenant en général vers 13 Heures.
Des radios du 20.4.60 montrent une amputation de la région antrale constant sur tous les clichés et qui en impose pour un néo - le lavement baryté du 9.3.60 ne montre pas d'image organique au niveau du colon. Intervention le 24 Mai 1960.
A l'exploration on perçoit une induration avec excavation située à la face postérieure de l'estomac, à la partie moyenne de la PC. La palpation en impose pour un néo mais après ouverture : aspect infiltré faisant penser à un gros ulcère perforé bouché sur la face antérieure du corps du pancréas - on fait une gastrectomie des 4/5. Histologie : épithelioma type glandulaire developpé en bordure d'un ulcère chronique banal pré existant. Les ganglions sous pyloriques ne sont pas envahis. Suites simples. Sortie le 7 Juin 1960.
Il a répondu à un questionnaire en octobre 1971: Il se porte bien.

Obs. N° 24 -

M. GRE... Pierre âgé de 86 ans.
Malade présentant depuis une quinzaine d'années des douleurs épigastriques à type de brûlure survenant tardivement après les repas et calmé par le repas suivant. Il est traité médicalement mais très irrégulièrement. Il présente même plusieurs épisodes hémorragiques sous forme d'hématémèse et de moelena à la suite desquels il consulte à nouveau. Des radiographies objectivent un gros ulcère dans l'angle de la petite courbure. Intervention le 7 août 1962 : elle montre un gros ulcère calleux de la portion angulaire de la petite courbure. On pratique une gastrectomie des 2/3 et une anastomose type Pean.

.../...

Les suites opératoires sont bonnes sur le plan local mais il présente un foyer pulmonaire et une phlébite puis sans raison locale apparente il refuse de s'alimenter et entre alors dans un état de dénutrition sévère. Décès brutal le 25 août probablement par embolie pulmonaire. L'histologie : montre sur le fond de l'ulcère des coulées de formation glandulaire engainant les vaisseaux et les sections nerveuses. Il s'agit d'un adéno-carcinome typique sur ulcère chronique.

Obs. N° 25 -

M. JAI... Marius âgé de 62 ans.

Depuis un an douleurs épigastriques post prandiales tardives. Des radiographies datant de six mois montrent déjà une niche de la région angulaire dans une zone rigide. L'état général est bon. On décide d'intervenir d'emblée en Mars 1954. On découvre une grosse ulcération de la portion angulaire de la PC sans infiltration notable. Gastrectomie subtotale large avec anastomose à la Polya. Suites très simples. Histologie : épithelioma glandulaire développé en bordure d'un ulcère pylorique préexistant. Les ganglions ne sont pas envahis. Revu à la consultation en Mai 1971. Il se porte bien.

Obs. N° 26 -

M. LEC... Louis âgé de 64 ans.

Depuis 1946 le malade est soigné pour un ulcère du bulbe duodénal avec plusieurs poussées dans l'année et plusieurs séries radiologiques. Celles-ci montrent un bulbe déformé mais pas d'image d'ulcère gastrique. Depuis quelques mois la douleur résiste au traitement médical. On décide alors d'opérer ce malade. Intervention le 17 Avril 1962 : on découvre un énorme ulcère de la face postérieure de l'estomac perforé bouché dans le pancréas avec d'énormes ganglions des chaînes splénique et coronaire stomachique. On pratique une gastrectomie totale en laissant le lit de l'ulcère en place. Anastomose oesojéjunale sur anse en Y. Les suites opératoires sont compliquées par un ileus paralytique puis par une fistule duodénale. L'histologie montre un ulcère ayant subi une transformation épitheliomateuse. Pas de renseignements sur les ganglions. Décès le 9 Février 1963 soit moins d'un an après l'intervention. (Récidive locale).

.../...

Obs. N° 27 -

M. LED... Pierre âgé de 65 ans.

Le malade est admis le 7.8.67 pour un ulcère gastrique sous cardial de l'estomac. Le début des troubles remontent à 1964 avec des douleurs rythmées et périodiques, des éructations et déjà sur les radios on voit une très grosse niche ulcéreuse de la partie haute de la face postérieure de l'estomac. Un traitement symptomatique avait calmé les douleurs et amenait une disparition de l'image. En 67 une recrudescence des troubles justifie une radio et un nouveau traitement médical. Malgré la disparition des douleurs et de l'image radiologique, une gastroscopie permettait de vérifier la persistance de l'ulcère avec une induration de l'une des berges. Dans ces conditions le 16 août 67 : gastrectomie en gouttière emportant l'ulcère et rétablissant la continuité par une tubulisation de la grosse tubérosité et de la grande courbure et une anastomose type Péan. L'ensemble paraissait bénin, l'ulcération s'accompagnant de ganglions inflammatoires.
Suites opératoires simples en dehors de complications pleuro pulmonaires. Au 10ème jour la radio montre l'excellent fonctionnement de son anastomose. Par contre l'histologie confirmait l'épithelioma glandulaire, développé sur un ulcère préexistant, et assez invasif. Pas de renseignements concernant les ganglions. Sortie le 22 août 1967. Puis entre le 22 novembre 1969 pour maladie de Kahler. Décès le 10.1.1970.

Obs. N° 28 -

M. LER Edgar âgé de 54 ans

Est entré dans le Service du Dr. Mouchet pour un syndrome douloureux abdominal le 17 Octobre 1966. Ce malade depuis quelques années souffrait de l'estomac par crises à type de crampes qui avaient justifié plusieurs examens radiologiques sans que l'on conclue franchement à un ulcère d'autant que le terrain neurotonique était évident. Des radiographies faites à Foch montraient une image importante de la face postérieure de l'estomac qui faisait discuter un gros ulcère calleux perforé bouché sur le pancréas ou un néoplasme gastrique.
Intervention le 18 Octobre 1966 : l'exploration montre un gros ulcère calleux de la face postérieure de l'estomac perforé bouché sur la queue du pancréas. Il a subi une gastrectomie des 4/5 suivie d'anastomose gastro duodénale du type Péan après décrochement de la grosse tubérosité En réalité l'histologie montre un épithelioma glandulaire développé sur un ulcère préexistant avec envahissement des ganglions prélevés. La coupe gastrique passe en haut très au large de la tumeur.
Il sort le 31 Octobre 66 en bon état général, mais décés le 7.9.1967.

.../...

Obs. N° 29 -

Mme LOU... Germaine âgée de 41 ans.

Depuis trois ans vomissements post prandiaux survenant de façon irrégulière. Des douleurs épigastriques calmées par les vomissements sont apparues depuis un mois et entraînent un amaigrissement important. En novembre 1955 un transit gastro duodénal montre un ulcère de la PC horizontale. Le traitement anti-ulcéreux entraîne la disparition de la douleur mais l'image radiologique s'est aggravée. Intervention le 23 mai 1956 : on découvre un ulcère de la PC avec des ganglions coronaires et pyloriques palpables. On pratique une gastrectomie type ulcère avec anastomose à la Polya. L'histologie montre un ulcère chronique banal et au voisinage de l'ulcère un noyau de cellules néoplasiques (épithélioma glandulaire). Pas d'envahissement glandulaire. Ce malade vit depuis plus de quinze ans et se porte bien.

Obs. N° 30 -

M. MAL... Fernand âgé de 53 ans.

Ce malade souffre depuis deux ans de douleurs post prandiales. En février 1957 apparition de signes de sténose pylorique. Des radiographies faites à cette époque montrent une image antropylorique suspecte. Un test thérapeutique est institué sans grand succès puisque de nouvelles séries radiologiques en avril et juin de la même année précisent l'existence d'une grosse niche en ménisque de la PC angulaire rebelle au traitement médical. Intervention le 9 Juillet 57. Il existe à la face postérieure de l'antre prépylorique un cratère dans une large zone indurée. On pratique une gastrectomie type cancer suivie d'une anastomose à la Polya. Les suites opératoires sont simples. L'histologie montre un epithelioma en surface sur ulcère ancien - les ganglions coronaires et pyloriques ne sont pas envahis. Dernières nouvelles en Mai 71. : elles sont excellentes. Le malade vit depuis plus de 14 ans.

.../...

Obs. N° 31 -

M. MAN... Alexandre âgé de 57 ans.

Depuis quatre mois troubles dyspeptiques et douleurs sourdes avec amaigrissement de quatre kilos. Un transit gastroduodénal montre une niche d'aspect banal au niveau de la PC horizontale. On institue un traitement d'épreuve pendant 1 mois. Un nouveau transit montre une aggravation de l'image radiologique. Intervention le 12 Janvier 1965. On découvre un cancer en feuillet de livre dans la région antrale centré par une ulcération. Les ganglions pyloriques et coeliaques sont suspects. Gastrectomie des 4/5 avec curage coeliaque et anastomose gastro duodénale type Péan.
L'histologie montre un épithélioma glandulaire sur un ulcère dégénéré. Les ganglions sont envahis. Suites simples. Une réintervention un an plus tard a permis un second look. Pas de récidive du cancer, le malade a été revu en Mai 71. Il se porte bien.

Obs. N° 32 -

M. MEY... Isaac âgé de 69 ans.

Entré dans le service le 24.10.1962 pour des douleurs épigastriques évoluant depuis 3 mois. Il s'agit en fait d'une vieille histoire ulcéreuse datant de 20 ans. La réalité de l'ulcère était alors discutée, le malade décide de se traiter seul et sans consulter pendant de longues années.
Des radios du 15 juin 62 montrent une niche monstrueuse de la PC angulaire. Intervention le 30 Octobre 1962 : il s'agit effectivement d'un énorme ulcère adhérant au foie, mais clivable et probablement mitotique. On fait une gastrectomie très large en ne conservant que la partie toute supérieure de l'estomac. Rétablissement type Péan. Pas d'adénopathie importante au niveau du tronc coeliaque.
Histologie : ulcère ayant subi une transformation épithéliomateuse (épi glandulaire).
Les ganglions coronaires et sous pyloriques ne sont pas envahis. Suites simples. Dernières nouvelles bonnes le 4 mars 71.

.../...

Obs. N° 33 -

M. MOL... Valentin âgé de 72 ans.
Malade obèse, rhumatisant prenant de 1gr à 4 gr d'aspirine par jour depuis 6 ans, ayant des antécédents de moelena important en Janvier et Juin 63, présente des douleurs post prandiales épigastriques avec régurgitations en Juillet 63. Des radios faites en Février et en Juin 63 avaient montré une rigidité de la petite courbure, une image en plateau de sa moitié inférieure et un retrécissement antral . Le diagnostic envisagé alors est celui de néoplasme de l'antre. Intervention le 26.7.63 : on découvre une lésion sous cardiale de type ulcéreux. On pratique une gastrectomie polaire supérieure par voie absdominothoracique dont la confection s'avère laborieuse. Les Suites opératoires : dès l'extubation un arrêt respiratoire puis cardiaque surviennent et malgré la réanimation le malade décède le lendemain.
L'histologie montre la nature épitheliomateuse de la lésion développée sur un ulcère ancien dégénéré. Pas de renseignements sur les ganglions.

Obs. N° 34 -

M. NIC... Emile âgé de 62 ans.

En août 1969 hospitalisation pour un syndrome subocclusif associé à un amaigrissement de 6 kgs en 2 mois. Les contrôles radiologiques du tube digestif ne montrent pas de lésions gastriques. Mais un nouveau transit gastroduodénal montre une lacune antrale un mois après l'hospitalisation pour subocclusion. Intervention le 3 octobre 1969 : on découvre une tumeur antrale ulcérée avec quelques ganglions sous pyloriques et coronaires stomachiques. On pratique une gastrectomie des 3/5 associée à un curage coeliaque et sous pylorique suivie d'anastomose type Péan.
L'histologie montre un volumineux ulcère de la région antrale avec transformation épithéliomateuse sur une berge. Les ganglions ne sont pas envahis.
Dernières nouvelles en mai 1971 : il se porte bien.

.../...

Obs. N° 35 -

M. PAU... Victor âgé de 46 ans.

Est entré le 8 mai 61 pour polymitose gastrique. Ce malade présentait depuis de nombreuses années un syndrome douloureux, périodique et rythmé de type ulcéreux (15 ans environ). Ces derniers temps cependant il avait commencé à maigrir d'une façon importante et vomissait de plus en plus fréquemment. Un transit gastro duodénal d'avril 61 montre un défilé antral suspect et une encoche persistante sur la PC.
Intervention le 16 mai 61 : petit néoplasme ulcéré évident de la PC horizontale remontant jusqu'à la PC angulaire. Pas de métastases hépatiques. Gastrectomie subtotale large avec curage coeliaque et rétablissement type Polya.
Histologie : épithélioma développé sur un ulcère préexistant. Les ganglions sont envahis. Suites opératoires compliquées au 7ème jour par une occlusion intestinale (du grêle).
Ensuite tout s'est déroulé normalement. Bon fonctionnement de la bouche d'anastomose. Sortie le 15.6.61. Décès cinq ans après l'intervention, de cause inconnue.

Obs. N° 36 -

Mme PED... Jeanne âgée de 70 ans.

Depuis un an douleurs épigastriques post prandiales. Depuis un mois est apparue une dysphagie avec amaigrissement. Le transit oesogastro duodénal montre un retrécissement du tiers inférieur de l'oesophage et un aspect en trognon de pomme de la région antrale. L'oesophagoscopie montre une muqueuse oesaphagienne normale au niveau de la zone radiologiquement rétrécie. On intervient avec un diagnostic de cancer antral. Intervention le 26 février 1965 :l'antre est épaissi et infiltré. Gastrectomie large des 4/5 suivie d'anastomose type Péan. Les suites sont simples. L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérese montre un épithélioma glandulaire développé sur les berges et le fond d'un ulcère chronique. Les ganglions ne sont pas envahis. Dernières nouvelles en Avril 71: elle va bien.

.../...

Obs. N° 37 -

M. PIC... Arnold âgé de 75 ans.

Entré dans le service le 22.11.60 pour ulcère de l'estomac.
Il s'agit d'une histoire gastrique, de type ulcéreux connue depuis deux ans, sans complication apparente, ni vomissement, ni hémorragie. Le malade n'a pas été traité correctement au point de vue médical. Des radiographies de Mars 1960 montrent une image antrale anormale juste en avant du pylore avec tendance à la sténose. Sur certains clichés on peut voir une niche ulcéreuse visible directement. De nouvelles radios de novembre 1960 semblent confirmer le siège prépylorique de la lésion ulcéreuse, avec un aspect oedemateux et lacunaire assez suspect. Malgré l'absence de traitement médical, devant cette image on intervient le 30.12.60.
Ulcère juxta pylorique, pratiquement sur le pylore perforé bouché sur la tête du pancréas : on fait une gastrectomie subtotale 2/3 avec rétablissement de la continuité type Polya.
Suites normales. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un ulcère ayant subi sur toute l'étendue de sa surface une transformation épitheliomateuse (épiglandulaire, cylindrique à tendance envahissante). Sortie le 9.2.61.
Il revient le 22 Octobre 62.
En novembre 61 il était revenu pour la cure d'une éventration qui nous avait permis de constater à cette époque l'absence de récidive péritonale.
Récemment il présentait des douleurs abdominales diffuses avec syndrome type occlusif. Intervention le 7 novembre 1962.
Enorme masse tumorale englobant plusieurs anses grêles ainsi que le coecum on pratique une iléosigmoïdostomie de dérivation. Les suites opératoires sont normales. Décès trois mois après l'intervention.

Obs. N° 38 -

M. PIE... Lucien âgé de 62 ans.

Ce malade se plaint depuis plusieurs années de troubles dyspeptiques sans douleurs ulcéreuses typiques. Depuis trois mois douleurs épigastriques avec vomissements et même hématémèse de moyenne abondance. La radio montre une niche de la PC horizontale qui a persisté après trois mois de traitement d'épreuve.
Intervention en décembre 1969 : on découvre une tumeur gastrique antrale du volume d'une mandarine adhérant au mésocolon transverse. On fait une

.../...

antimitotique puisque échec complet. Dernières nouvelles le 17 mai 1971: L'état général est très altéré.

Obs. N° 40 -

Mme RIC... Rose âgée de 62 ans.

Cette malade se plaint de douleurs abdominales épigastriques depuis une dizaine d'années. Les douleurs peu importantes sont négligées par la malade qui ne consulte qu'au début de l'année 1961 à la suite d'une recrudescence de la douleur devenue permanente. La radio montre une niche d'aspect banal sur la PC horizontale. Intervention le 20 avril 1961 : on découvre une tumeur de la région antrale et on pratique une gastrectomie large type cancer suivie d'anastomose type Péan.
L'histologie montre un début de transformation épithéliomateuse sur un ulcère ancien. Les ganglions ne sont pas envahis. Sept ans plus tard la malade est réhospitalisée pour occlusion intestinale haute, on réintervient le 13 mars 1968 et on découvre un accolement de deux anses jéjunales à la paroi avec une dilatation du grêle susjacent. Il n'y a pas de récidive du cancer. Le 29 juillet 1971 la malade est revue à la consultation, elle va bien plus de 10 ans après l'intervention.

Obs. N° 41 -

Mme ROS... Mathilde âgée de 67 ans.

Cette malade se plaint de douleurs épigastriques depuis 7 ans. Des radiographies auraient été pratiquées à cette époque mais nous n'en connaissons pas le résultat. En avril 1957 douleurs épigastriques avec vomissements et amaigrissement important. Un transit montre une niche encastrée de la PC horizontale. D'ailleurs la palpation découvre une masse épigastrique. Intervention le 5 juillet 1957 : on découvre un gros néo antral avec ganglions palpables sous pyloriques et coronaires stomachiques. Gastrectomie type cancer avec anastomose type Polya. Les suites sont simples. L'histologie montre une dégénérescence épithéliomateuse d'un ulcère chronique. Les ganglions coronaires et pyloriques ne sont pas envahis mais ceux de la PC le sont. Décès en décembre 1958 de cause inconnue.

.../...

Obs. N° 42 -

M. SCH... Gilbert âgé de 53 ans.

Depuis 15 ans brûlures épigastriques périodiques évoquant un ulcère bulbaire. Les radios ne montrent pas de lésion évidente du bulbe et le traitement ulcéreux est prescrit à plusieurs reprises. Plus récemment au decours d'une poussée apparition d'une masse épigastrique. Le TGD montre, outre un ulcère du bulbe, une seconde image de refoulement de la grande courbure. Intervention le 14 Avril 1967 ulcère duodénal et surtout adhérence intime de la grande courbure en sa partie moyenne à la paroi abdominale antérieure. Il s'agit d'une perforation d'un ulcère de la grande courbure correspondant à la masse palpable. On pratique une gastrectomie des 4/5 et anastomose type Péan. Suites simples. L'histologie montre que l'ulcère présente un petit début de transformation épithéliomateuse. Les ganglions ne sont pas envahis. Dernières nouvelles en décembre 71 : elles sont bonnes.

Obs. N° 43 -

M. SED... Rabah âgé de 34 ans.
Est entré dans le service le 22 décembre 58. Ce malade présentait depuis 1955 une histoire ulcéreuse typique, faite de douleurs post prandiales assez précoces avec périodicités douloureuses d'une quizaine de jours environ et un intervalle libre de un mois.
Les radios de l'estomac pratiquées en 56 avaient déjà montré un ulcère pylorique. Malgré les différents traitements médicaux entrepris et régulièrement suivis le malade continu à souffrir, les intervalles se faisant de plus en plus rares. De plus radiologiquement l'image de niche du canal pylorique ne s'est pas modifiée et sur les derniers clichés de 58 il existe un certain degré de sténose pylorique.
Ce malade a été opéré le 31.12.1958. Il existait effectivement un ulcère du versant supérieur du pylore. On a pratiqué une gastrectomie subtotale type Polya.
L'histologie a confirmé la présence d'un ulcère mais a montré sur les bords de celui-ci un début de transformation épithéliomateuse.
Suites opératoires troublées par une atélectasie ayant regressée rapidement après broncho aspiration. Puis les suites sont normales. Le bon fonctionnement de la bouche est visible sur la radio de contrôle. Le malade a quitté la France pour l'Algérie et n'a pu être revu récemment à la consultation.

.../...

Obs. N° 44 -

M. SOR... Auguste âgé de 69 ans.

Depuis très longtemps ce malade souffre de dyspepsie qui s'est aggravée depuis 1 an : brûlures épigastriques non rythmées par les repas et digestion lente chez un malade en bon état général. Le transit montre une ouverture de l'angle avec rigidité. Un traitement d'épreuve pendant 1 mois n'entraîne aucune amélioration. Intervention le 12 août 1958 : on découvre un petit cancer prépylorique et on fait une gastrectomie large suivie d'anastomose type Finsterer en pré colique. Suites opératoires extrèmement compliquées : Occlusion du grêle sur bride ayant nécessité une réintervention un mois plus tard. Ictère. Fistule digestive. Abcès sous phrénique. Epanchement pleural bilatéral. Suppuration de paroi. Trois mois plus tard gastrite du moignon et stomatite à la gastroscopie guérie par le traitement médical. Histologie : epithelioma intra muqueux sur un ulcère chronique.
Certains ganglions sont envahis.
Dernières nouvelles en Janvier 1971 : il va bien.

Obs. N° 45 -

Mme THI... Eugénie âgée de 44 ans.

Entre dans le service le 22.12.1960 pour ulcère gastrique.
Depuis deux ans cette malade présentait des crises douloureuses épigastriques irradiant dans l'hypochondre gauche et transfixiant dans le dos. Ces douleurs étaient surtout post prandiales, trois heures environ après les repas. Cette malade s'est d'abord traitée toute seule par bicarbonate de soude et bismuth mais les crises devenaient de plus en plus fortes et fréquentes, obligeant la malade à restreindre son alimentation. Amaigrissement de 5 kgs. Un transit duodénal montre une grosse niche postérieure de l'estomac. Après traitement médical par atropine et petptone de caseine nouvelles radios en octobre:la niche persiste.
Intervention le 27 décembre 1960 qui montre un ulcère du versant postérieur de la grande courbure on pratique une gastrectomie subtotale large avec rétablissement de la continuité type Polya.
L'histologie montre sur une des berges de l'ulcère une transformation épithéliomateuse (epithelioma indifférencié). Les ganglions ne sont pas envahis.
Les suites sont simples.

.../...

Réhospitalisée le 22 Juillet 1960 pour dysphagie importante et douleurs : amaigrissement important. Les radios montrent un envahissement néoplasique du moignon gastrique.
La réintervention le 28 Juillet par voie thoraco abdominale montre un néo développé sur le moignon, pas de métastases hépatiques.
Totalisation de la gastrectomie et résection partielle du pancréas. Anastomose oeso jéjunale sur anse en Y.
La malade avait bien été pendant huit mois,mais malheureusement survint un ictère par retention évoquant une récidive au niveau de l'amas coeliaque et métastases hépatiques.
Décès le 27 Mai 1966.

Obs. N° 46 -

M. TOM... Testow âgé de 40 ans.

Entré le 10 Octobre 1963, ce malade avait subi une vagotomie avec gastro entérostomie le 23.6.63. les radios à cette époque auraient montré des lésions de gastrite oedamateuse.
Depuis cette intervention l'amaigrissement a repris et vomissements quotidiens.
On pratique une gastroscopie qui montre un ulcère.prépylorique suspect.
Puis intervention le 22.10.63.
Dégastro gastrectomie suivie d'anastomose Péan pour ulcère prépylorique.
L'histologie montre qu'il s'agit d'un ulcère dégénéré. A bien été pendant 4 mois si ce n'est une fistule digestive externe qui s'est tarie spontanément. Puis à nouveau vomissements et amaigrissement. Météorisme à droite.
Foie gros, très ferme, irrégulier.
Au TR : induration ligneuse arciforme du Douglas.
Intervention en 64 (juillet) :
carcinose diffuse intra péritoneale et grosse récidive locale au niveau de l'anastomose gastro duodénale. Cette exploration a été suivie d'une fistulisation intestinale en deux endroits sur une anse grêle et sur le colon.
Décès le 10 Septembre 1964.

Obs. N° 47 -

M. VIG... Alphonse âgé de 57 ans.

Depuis deux ans douleurs post prandiales rythmées par les repas et survenant par période. Des radiographies faites en 1963 ne montrent pas d'ulcère. En

.../...

mai 1965 nouvelle poussée. La radio montre un ulcère de la région antrale. Le traitement d'épreuve n'améliore ni la douleur, ni l'image radiologique. Intervention le 13 juillet 1965 : cancer antral limité avec des ganglions sous pyloriques et coronaires stomachiques envahis. On fait une gastrectomie large des 4/5 avec curage coeliaque et anastomose type Péan. A l'ouverture de la pièce tumeur juxta pylorique régulière, haute de 4 cm, ulcérée en son centre. L'histologie montre un épithelioma glandulaire sur ulcère préexistant Certains ganglions sont envahis. Les suites sont simples, mais décès le 23 août 1966 de cause inconnue.

Obs. N° 48 -

Mme VAN... Danièle âgée de 42 ans.

Le début des troubles remonte à 1963 par des douleurs abdominales atypiques. Des radiographies de l'estomac ne montrent pas de lésions gastriques. Cette malade neurotonique multiplie les consultations mais aucune étiquette diagnostique n'a pu être mise devant une symptomatologie très atypique. En 1968 reprise de la douleur et le transit montre une image lacunaire sus angulaire. Intervention le 12 juin 1968 : une gastrotomie a permis de mettre en évidence une ulcération de la PC angulaire. Il existe une petite adénopathie coronaire stomachique. Gastectromie large avec curage coeliaque et anastomose type Péan. Les suites sont simples mais l'histologie montre qu'il s'agit d'un ulcère en voie de transformation éptihéliomateuse. Pas de renseignements concernant les ganglions. Elle a été vue à la consultation le 15 avril 1971. Elle se porte bien.

Obs. N° 49 -

Mme WEN... Jeanne âgée de 68 ans.

Est admise dans le service de médecine le 12.8.1959 pour des douleurs épigastriques dont le début remonte à un mois, douleurs post prandiales tardives survenant tous les jours, accompagnées deux fois de vomissements abondants. Les radiographies d'estomac du 8.8.1959, du 18.8 et du 9.9. mettent en évidence une énorme niche du canal pylorique.
Cette malade est mise au test thérapeuthique. Elle est passée dans le Service du Dr Mouchet le 17 septembre et opérée le 22 septembre 1959. L'intervention met en évidence une grosse masse pylorique d'aspect tumoral mais inflammatoire adhérant à la vésicule biliaire.
On pratique une choleystectomie associée à une gastrectomie subtotale large

.../...

avec décollement colo épiploïque. On pense qu'il s'agit soit d'un ulcère calleux géant, soit d'un néoplasme ulcériforme du pylore.

Histologiquement l'étude des fragments montre qu'il s'agit d'un épithelioma de type glandulaire devenu en partie atypique, développé au pourtour d'un ulcère préexistant. Les ganglions prélevés sont exempts de métastases évidentes.
Suites immédiates simples, sortie le 26 Octobre en bon état.

Mais réintervention le 18 août 1961 montrant un envahissement massif du pédicule hépatique par le processus néoplasique. Métastases ganglionnaires iliaques et pelviennes.
Aucune intervention de dérivation n'est effectuée.
Décès un an après.

.../...

E T U D E A N A L Y T I Q U E

A - *GENERALITES* - *Age et sexe* -

a) Sexe -

Nous trouvons 33 hommes pour 16 femmes soit un peu plus de deux hommes pour une femme.
Cette proportion est la même que celle des 621 observations de cancers gastriques publiées en 1967 par mon Maître A. MOUCHET.
Elle est retrouvée pour les différentes localisations de l'ulcère gastrique dégénéré.

b) Age - (voir tableau III).

La répartition selon l'âge permet de mettre en évidence les faits suivants :

1°) Le plus grand nombre d'ulcères transformés se rencontre entre 50 et 60 ans.
C'est à cet âge que l'on rencontre avec la plus grande fréquence à la fois les ulcères gastriques et les cancers gastriques. *(CORNET et MOUTIER E.Mc.)*.

2°) Les courbes des âges selon le sexe sont tout à fait superposables. L'ulcère transformé ne semble pas atteindre plus précocement l' un ou l'autre des deux sexes.

3°) On trouve une proportion relativement plus grande de part et d'autre du sommet de la courbe, entre 40 et 50 ans et entre 70 et 75 ans.

4°) L'âge moyen est de 61 ans.
Le plus âgé a 86 ans
Le plus jeune à 33 ans.

..../...

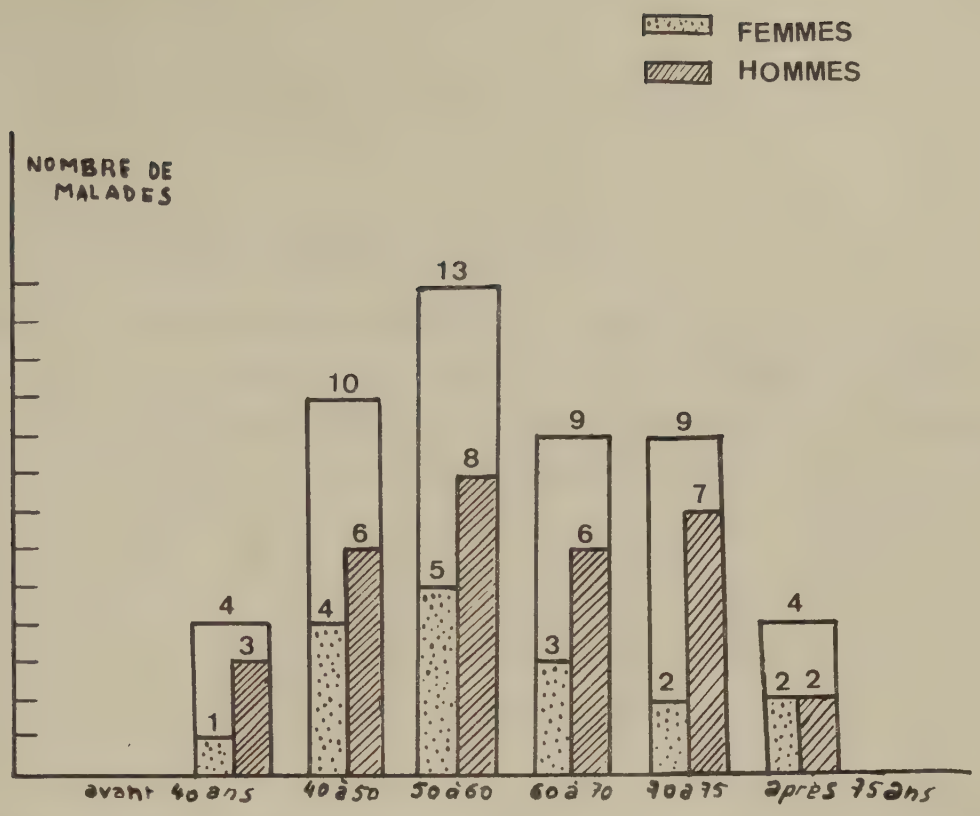
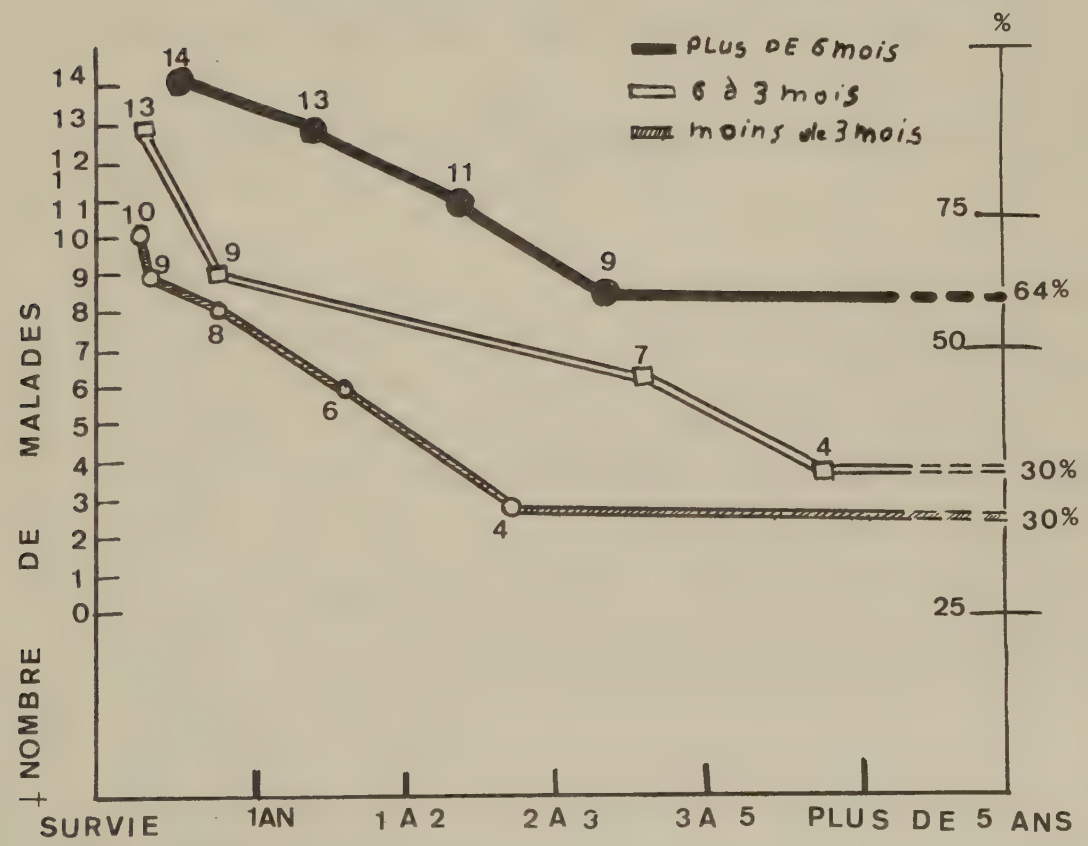


TABLEAU III.- COURBE DES AGES



CORRELATION ENTRE
LE TEMPS ECOULE DEPUIS LE DEBUT DE LA DERNIERE CRISE DOULOUREUSE PRECEDANT L'INTERVENTION ET LA SURVIE.-

B - DIAGNOSTIC PREOPERATOIRE DE L'ULCERE TRANSFORME -

1 - Ancienneté de l'histoire de la maladie.

BOUCHET et LEVRAT (1932) n'admettent la cancérisation de l'ulcère gastrique que si l'évolution dure depuis plus de 10 ans. GUTMANN a critiqué cette notion. A notre avis on ne peut tirer aucune conclusion de l'ancienneté de la maladie pour ou contre la menace de dégénérescence. Dans notre série 22 malades ont un ulcère qui évolue depuis plus de 5 ans ; parmi eux 14 ont une histoire ancienne de plus de 10 ans. A l'inverse trois malades ont une histoire clinique et radiologique de moins d'un an avec plusieurs poussées et plusieurs séries radiographiques montrant tour à tour l'apparition, la disparition puis la réapparition de l'ulcus gastrique.

Dans 7 cas enfin, il n'y a pas à proprement parler d'histoire ancienne connue puisque l'ulcère dégénéré est une découverte opératoire. Le motif de l'intervention étant une hémorragie digestive (une fois) un ulcère peptique sur gastro-entéro anastomose (une fois), un ulcus duodénal (deux fois), et une sténose pylorique sans image directe d'ulcère (trois fois).

2 - Délai écoulé depuis le début de la dernière poussée qui a précédé l'intervention. (voir courbes page 31 bis).

a) Sa durée :

L'étude de la durée de la dernière poussée ulcéreuse montre que 23 malades sur 49 ont attendu plus de six mois pour se faire opérer et ce chiffre atteint 37 pour les malades ayant attendu plus de 3 mois (75 %), 12 seulement ont été opérés dans un délai de moins de trois mois.

Ces délais sont trop longs même si l'on considère que l'ulcère transformé à une évolutivité lente. Un diagnostic et un traitement plus précoces amélioreront très certainement le pronostic de l'ulcère transformé.

Pourtant nous avons abouti à des résultats contradictoires et d'interprétation délicate lorsque nous avons comparé la survie des malades

.../...

qui ont été opérés six mois, trois mois et moins de trois mois après le début de la dernière poussée ulcéreuse.

En effet la meilleure survie appartient au groupe de malades dont la poussée dure plus de six mois (64 %) alors que les formes évoluant depuis trois mois ont une survie de 30 %.

Il en est de même de l'étude de l'envahissement ganglionnaire qui n'est retrouvé que deux fois dans un lot de 23 malades opérés au bout de 6 mois d'évolution de la dernière poussée. Alors que sur douze malades opérés moins de trois mois après le début de la poussée ulcéreuse 7 présentent un envahissement ganglionnaire.
Ces constatations qui se prêtent difficilement à une exploitation statistiquement significative ne nous permettent pas de tirer des conclusions.

b) Ses caractéristiques cliniques :

Douleur.

29 malades ont une douleur ulcéreuse typique au cours de cette dernière poussée. Douleur post prandiale avec sa périodicité habituelle survenant sans manque après chaque repas. Son seul caractère distinctif est sa résistance (24 fois) au traitement d'épreuve.
Chez 19 malades la douleur a perdu sa périodicité.

Troubles de l'état général.

Il a été noté 26 fois une altération de l'état général. Il s'agit pratiquement toujours d'une atteinte discrète limitée à une diminution de l'appétit et un léger amaigrissement.
Dans deux cas seulement cette atteinte de l'état général a été jugée importante (l'un de ces deux malades était déjà porteur d'une masse épigastrique et n'a subi qu'une gastrectomie palliative).

Complications.

Elles sont rarement rencontrées dans cette série puisqu'un seul malade a été opéré à la suite d'une hémorragie digestive, l'ulcère gastrique était une découverte opératoire.

Ganglion de Troisier.

Quant au ganglion de Troisier il n'a été signalé dans aucune des observations alors qu'il est si fréquemment palpé dans les épithéliomas gastriques primitifs évolués.

c) La biologie.

La vitesse de sédimentation était accélérée dans 8 cas mais elle n'a pas été pratiquée d'une façon systématique pour tous les malades.

La numération des globules a montré exceptionnellement une anémie.

Quant au chimisme gastrique il n'a pas été étudié chez ces malades.

C - LE TRAITEMENT D'EPREUVE -

1 - Description -

Le test thérapeutique (radio clinique) proposé par R. GUTMANN fondé sur la notion suivante : toute niche ulcéreuse bénigne traitée efficacement diminue dans de forte proportion puis disparait dans un délai de 4 à 6 semaines au contraire la niche cancéreuse persiste et augmente.
Donc dans l'ulcère transformé la niche radiologique ne doit pas disparaître après traitement médical.
Seize malades ont été opérés d'emblée devant le caractère franchement néoplasique de l'image radiologique.

Trende deux de nos malades ont été soumis au test thérapeutique avant l'intervention (oxyferriscorbone, atropine et pansement gastrique le plus souvent).

Une observation ne signale pas la prescription de traitement d'épreuve.

2 - Résultats du traitement d'épreuve -

Il a été noté 9 fois une diminution voire même une disparition de la douleur, alors que l'image radiologique n'a pas subi d'amélioration.

Chez 24 malades la douleur a résisté au traitement. Il en est de même de l'image radiologique.

.../...

Chez 31 malades le test thérapeutique n'a eu aucun effet sur l'image radiologique qui est restée inchangée ou s'est aggravée. Une fois l'image radiologique a totalement disparu, ou plus exactement la niche qui siégeait sur la partie haute de la face postérieure était invisible sur les radiographies. Ceci joint à la disparition de la douleur a pu faire croire à un ulcère bénin en poussée. La gastroscopie a redressé le diagnostic en montrant la persistance d'un ulcère malin et a conduit à l'intervention (Obs. N° 27).

Bien que le test radioclinique de GUTMANN soit positif dans les 32 observations où il a été pratiqué il est difficile d'apprécier sa fiabilité faute de pouvoir comparer ces résultats avec le chiffre global des gastrectomies faites pour niches suspectes et qui se sont révelées bénignes.

Nous partageons néanmoins le point de vue de bon nombre de gastro entérologues qui préconisent la fibroscopie avec biopsies avant d'entreprendre le traitement d'épreuve. Une biopsie positive impose évidemment d'emblée l'intervention. En tout cas, le traitement d'épreuve doit être de courte durée un mois au plus. Il faut souligner deux faits de grande importance, l'un constaté par SAKITA au Japon, selon lequel un ulcère gastrique dit guéri peut être malin car l'ulcère malin pourrait cicatriser puis de nouveau s'ulcérer d'où la nécessité de contrôles endoscopiques et biopsiques répétés. L'autre souligné par Ch. DEBRAY : un ulcère gastrique calleux peut persister radiologiquement entre les poussées. C'est dire l'importance des renseignements fournis par la fibroscopie dans tous ces cas.

Charles DEBRAY et ROUSSELET dans la thèse de ce dernier rapportent les résultats histologiques de 21 niches suspectes radiologiquement :

5 (23,8 %) ce sont révélées être cancer, ulcère transformé ou cancer et ulcère évolutif.

5 (23,8 %) ulcères perforés bouchés.

3 (14,3%) ulcus calleux

2 (9,5%) ulcus adhérents au pancréas

6 (28,6 %) ulcus bénins.

.../...

D - LA FIBROSCOPIE -

Elle n'a été utilisée que trois fois dans notre série, car nous ne disposons que du gastroscope rigide jusqu'en 1969 et notre relevé s'arrêtant en 1970 nous n'avons pu utiliser que rarement la fibroscopie.

Chez deux de nos malades endoscopés la lésion se trouve dans la région antrale. Elle était jugée maligne une fois avec biopsie positive.

Le 3ème cas (Obs. N° 27) est particulièrement intéressant puisqu'il s'agit d'une observation où la radiologie était mise en défaut en montrant la disparition de l'image radiologique de la partie haute de la face postérieure; la gastroscopie a montré l'absence de guérison et le caractère suspect de la lésion.

Nous fondons notre point de vue à l'égard de ce moyen moderne d'investigation sur la revue de la littérature et notre expérience plus récente dans ce domaine.

Claude LIGUORY et M. CONTE ont mis l'accent sur les progrès réalisés depuis l'introduction en pratique courante des fibroscopes souples, ils sont mieux tolérés par les malades qui acceptent de se soumettre à des investigations renouvelées plus facilement.

Les accidents sont plus rares (aucun accident sur 60 fibroscopies selon LIGUORY). Ils sont plus maniables permettant la vue de la région juxta-cardiale, la grosse tubérosité et surtout la totalité de la petite courbure jusqu'au pylore.

Ils permettent, enfin, grâce à la pince intégrée à l'appareil des prélèvements biopsiques multiples dirigés sur les lésions suspectes. Ce point est particulièrement intéressant car les biopsies apporteront la preuve histologique de la dégénérescence avec une fidélité croissante d'année en année. (J. LEYMARIC).

Il faut insister sur la nécessité de prélèvements multiples, allant jusqu'à 10 prélèvements, voire plus. KASUGAI (Japon) enregistre 96 % de résultats positifs s'il y a 7 prises biopsiques et 76 % si trois prélèvements seulement sont faits.

.../...

Ce simple aspect morphologique permet dans certains cas de suspecter la malignité, HEULLY (Nancy) et ses collaborateurs proposent à la lumière de leur expérience de gastroscopistes les critères suivants de malignité :

la triple concavité
les limites imprécises
les bourgeons périphériques intégrés à l'ulcère
les variations de couleurs des berges d'une zone à l'autre avec un aspect vernissé et brillant.

E - DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE -

C'est la radiographie qui a conduit à l'intervention dans la majorité des cas de notre série, soit d'emblée devant une niche suspecte, (niche encastrée, niche en plateau, niche dans une lacune en arc, pourtour rigide), soit après échec du test thérapeutique (31 fois).
Une fois la radio a été mise en défaut, la gastroscopie a montré la persistance de la niche suspecte et conduit à l'intervention.

1°) Siège de l'ulcère.

Le siège de l'ulcère confirme les données classiques : la majorité des ulcères dégénérés se trouve dans la portion horizontale de l'estomac : "terrain malin" ou dans la région cardio tubérositaire plus rarement.

- En effet, 27 fois il s'agit d'un ulcère de la région antro pylorique (dont 4 fois dans le canal pylorique sans image directe d'ulcère).
- 14 fois dans la région angulaire
- 3 fois sur la PC verticale haute
- 2 fois sur la grande courbure verticale
- 3 fois le malade a été opéré pour une autre lésion, l'ulcus gastrique est une découverte opératoire (2 fois ulcère du bulbe, 1 fois ulcère peptique sur gastro entérostomie) l'ulcère gastrique occupe la PC verticale cardiaque, (1 fois) la face postérieure, (1 fois) la face antérieure.(1 fois).

.../...

Ce "terrain malin" est retrouvé dans la majorité des observations publiées. Toutefois, LAMBLING et MEKNINI contestent la notion de terrain malin puisque dans un nombre non négligeable de leurs observations (27%) l'ulcère transformé occupe la portion verticale. Cette notion a actuellement moins d'importance puisque on préconise la fibroscopie avec biopsies multiples en présence de toute lésion gastrique.

2°) Les aspects radiologiques de l'UT.

Tout peu se voir de la niche apparemment anodine à la niche dans une lacune en arc.

- l'image est celle d'une niche banale (9 fois) avec 1 fois une niche de Haudek dont seule la persistance après traitement médical a motivé l'intervention.
- la niche encastrée est rencontrée 9 fois.
- dix fois l'image est celle d'une lacune, petite (5 fois) ou importante (5 fois).
- douze fois il s'agit d'une niche dans une lacune en arc.
- deux fois images discutables (rigidité isolée de la région angulaire - et une fois image diverticulaire de la grande courbure verticale).
- enfin 7 fois l'ulcère était invisible
  - . 4 fois une sténose pylorique masquant l'image d'ulcère.
  - . 2 fois on est intervenu pour ulcus duodénal rebelle au traitement médical
  - . 1 fois pour ulcère peptique sur gastro entéro anastomose, et on a eu la surprise de trouver sur la PC gastrique un ulcère transformé.

Il est difficile d'apprécier la valeur des images radiologiques suspectes puisque nous ne connaissons pas les pourcentages d'ulcère bénin ou ces images sont rencontrées parmi les gastrectomies faites dans le service du Docteur MOUCHET. Nous nous réferons aux travaux des auteurs qui se sont penchés sur ce problème.

Pour G. ABBIOT et J. FOULET - une image suspecte peut être due à un ulcère bénin récidivant remanié par des phénomènes inflammatoires importants - les auteurs ont dénombré :

- *11 ulcères bénins sur 93 niches en plateau*
- *18 ulcus bénins sur 39 niches encastrées*
- *2 lésions bénignes sur 13 niches en plateau encastrées.*

LAMBLING et GUERET signalent qu'un ménisque peut traduire une lésion bénigne dans 10 à 20 % des cas.

En fin pour R. GUTMANN la niche dans une lacune en arc représente sur la grande courbure la quasi totalité des niches aussi bien bénignes que malignes.

Quoiqu'il en soit la radiographie a permis chez 32 de nos malades de poser le diagnostic de lésions malignes (UT ou cancer ulcéré). Elle a été mise en défaut une fois en montrant la disparition de l'ulcère, 16 fois enfin l'image radiologique n'a pas permis le diagnostic d'ulcère malin (9 fois niche banale - 7 fois l'ulcère gastrique était invisible à la radio).

3°) En conclusion.

En conclusion de ce chapitre de diagnostic préopératoire, il faut souligner le fait que le diagnostic de lésion maligne a été porté 33 fois avant l'intervention, soit dans 67 % des cas.

Ce chiffre est voisin de celui d'IWASA (Japon) qui a fait le diagnostic d'ulcère malin dans 66 % des cas de sa série. Mais il faut souligner un fait indéniable : souvent l'ulcère transformé est vu tardivement. L'image radiologique est alors manifestement maligne (32 fois sur 49 soit dans 63 % des cas).

F - PERSPECTIVES D'AVENIR -

De multiples raisons permettent de penser que le dépistage de la transformation maligne de l'ulcère bénificiera des progrès qui seront réalisés en matière de diagnostic précoce du cancer. Outre la fibroscopie qui tend à devenir une exploration de routine à côté de la radiographie - l'introduction de la scintigraphie isotopique au phosphore 32 ; les cellules néoplasiques

.../...

fixant électivement l'isotope, la cartographie serait obtenue par un compteur miniaturisé introduit dans l'estomac sous vision directe. Ces techniques de pointe ont déjà donné des résultats intéressants. Quant aux épreuves immunologiques dont on connaît les progrès récents, elles permettront peut être elles aussi d'arriver à un diagnostic précoce du cancer.
Il en résulte forcément une amélioration du pronostic.

G - DIAGNOSTIC EN COURS D'OPERATION -

Est-il possible de porter à ventre ouvert le diagnostic d'UT.
Si nous envisageons nos 49 observations, le chirurgien a fait le diagnostic de cancer ulcéré 27 fois (55 % des cas). Celui d'ulcère banal 12 fois (26 % des cas), celui d'ulcère calleux ou d'ulcère dégénéré 10 fois (19 %).

Comment se présente chacun de ces trois aspects de l'ulcère dégénéré :

1°) Le néo ulcéré -

Presque toujours il a été qualifié (à la palpation à travers la paroi gastrique) de tumeur dure, de taille variable (d'une clémentine à une petite orange), avec parfois un aspect ombiliqué. Après gastrotomie ou à l'ouverture de la pièce, la tumeur a l'aspect d'un cratère de 1 à 2 cm de diamètre à contour polycyclique aux bords surélevés, déchiquetés, parfois même mamelonnés, au fond recouvert d'un enduit gris ou blanchâtre.

2°) L'ulcère d'aspect bénin -

Il est ovalaire, régulier, petit ou au contraire large.

3°) L'ulcère avec "réserves" -

Il est induré en forme de cupule régulière dont les bords sont légèrement surélevés. Dans une observation le chirurgien constate un bourgeon de la taille d'une lentille sur le bord de l'ulcère.

.../...

Quelle est la traduction radiologique de ces différents aspects macroscopiques de l'U.T.

Une étude analytique et comparative nous conduit à conclure à l'absence d'une corrélation absolue entre un aspect macroscopique donné et une image radiologique donnée. Tout au plus peut-on noter l'absence d'image de niche encastrée ou de lacune lorsque l'ulcèro cancer a l'aspect d'un ulcère banal.

Quelle est la signification de ces différents aspects macroscopiques ?

L'aspect de néo ulcéré correspond-il a une forme plus évoluée que celui de l'ulcère banal ?

Si l'étude de la survie en fonction de l'aspect per-opératoire de l'UT ne montre pas de différence significative (ce qui pourrait s'expliquer par l'étendue d'exérèse plus large lorsque le diagnostic porté est celui de néo évident).

- macroscopiquement en per-opératoire 11 fois l'envahissement ganglionnaire a été noté. Il s'agit 9 fois de l'aspect de cancer ulcéré, 2 fois d'ulcère banal.
- microscopiquement l'envahissement ganglionnaire est plus fréquent lorsque l'UT prend l'aspect d'un néo évident (48 %) que lorsqu'il prend l'aspect d'un ulcère banal (16 %).

L'ulcère dégénéré au stade de cancer ulcéré serait peut être un stade plus tardif que celui de l'UT en apparence banal.

En définitive au terme de l'exploration per-opératoire 27 cas ont été étiquetés néo ulcéré, soit dans 55 % des cas, alors que les explorations préopératoires ont permis de suspecter la malignité dans 67 % des cas. La décision opératoire était le résultat de la confrontation du diagnostic préopératoire et per-opératoire. Une gastrectomie type cancer a été faite 33 fois soit dans 67 % des cas.

Il est permis de penser que la proportion d'UT au stade de cancer évident diminuerait avec l'augmentation des formes vues tôt. Celles-ci profiteront à leur tour de la fibroscopie préopératoire avec biopsies multiples et surtout de l'examen anatomopathologique extemporané puisque nous l'avions vu l'exploration per-opératoire ne permet pas dans ces cas de reconnaître la dégénérescence maligne.

.../...

H - LE DIAGNOSTIC ANATOMO PATHOLOGIQUE DE L'UT.

Critère fondamental du diagnostic, il faut tenter de l'obtenir par la fibroscopie avec biopsies multiples dirigées, et à défaut par l'examen anatomopathologique extemporané, qui doit être demandé chaque fois que l'aspect macroscopique ne permet pas d'affirmer la malignité avec certitude. Ce souci constant d'obtenir l'argument histologique doit également conduire à éviter tout ulcère gastrique perforé, et faire examiner le prélèvement par l'anatomo pathologiste si possible en extemporané. La suture simple d'un ulcère gastrique perforé, sans prélèvement de ses berges expose au risque de laisser dangereusement évoluer un authentique cancer.

Il faut pourtant souligner les difficultés que rencontre l'anatomopathologiste au cours d'un examen extemporané, en matière de cancer digestif.

Il est inutile de s'attarder sur les critères histologiques de l'UT qui est caractérisé par l'association d'une structure ulcéreuse et d'une prolifération néoplasique.

1°) La structure ulcéreuse -

La structure ulcéreuse doit être indiscutable et comprendre l'interruption de la muqueuse de la musculaire muqueuse et de la musculeuse. La fusion de la musculeuse et la musculeuse muqueuse sur les bords de l'ulcère, le bloc scléro inflammatoire au fond de l'ulcération dans lequel on trouve des lésions dégénératives des vaisseaux et des nerfs (endartérité, névrome).

2°) La structure cancéreuse -

L'importance de la dégénérescence néoplasique est variable tantôt anomalies purement cytologiques en un point de la berge de l'ulcère (ne retenir que les anomalies cytologiques franches ; ne pas prendre pour une cancérisation une atypie cellulaire des bords du cratère liée à l'activité cicatricielle) tantôt lésion plus étendue avec rupture de la membrane basale et envahissement de la sous muqueuse. Mais fait capital cet envahissement est strictement limité à une partie de la berge ulcéreuse. (ou le fond de l'ulcère pour certains).

.../...

3°) Valeur diagnostique de l'histologie.

On ne saurait trop insister sur les difficultés du diagnostic histologique dans certains cas d'envahissement massif de l'ulcère par le processus cancéreux. C'est alors la discussion entre cancer ulcériforme et ulcère transformé.

Delarue insiste à juste titre sur l'aspect que peut prendre parfois un authentique cancer ulcériforme " tous les critères de l'ulcère chronique de Cruveilhier se trouvent réunis et s'associent à un foyer épithelial néoplasique.

Il est alors difficile sur le seul aspect anatomique de présager une filiation éventuelle. Néanmoins on admet que si l'ulcère siège au niveau de la PC et que la néo formation est localisée sur un de ses bords il puisse s'agir d'un ulcère cancérisé. Si par contre l'infiltration néoplasique se retrouve sur les bords et au fond de l'ulcère il s'agit alors vraisemblablement d'un cancer ulcériforme".

Quoiqu'il en soit il faut souligner la nécessité absolue de pratiquer une étude systématique du bloc d'inclusion de la pièce opératoire avec des coupes séries. Car une transformation localisée a son début peut passer inaperçue et se révéler quelques temps plus tard après l'intervention par une récidive du cancer. (voir Obs. N° 38).

L'histologie n'est pas toujours capable de trancher dans ces cas que nous avons écartés de cette étude, en ne gardant que les cas indiscutables. Il semble selon LAMBLING cité par CHATELAIN que la clinique et le chimisme gastrique permettent parfois de trancher. Alors que dans l'UT la chlorydrée est proche de la normale, dans le cancer ulcériforme l'acidité libre est couramment effondrée sinon absente. Soulignons que dans notre série il n'a pas eu d'étude du chimisme gastrique.

Chez nos opérés l'examen des pièces de gastrectomies a permis de dénombrer :

.../...

4°) Nos résultats.

34 épitheliomas glandulaires dont 6 sont limités à la muqueuse
11 épitheliomas indifférenciés
2 épitheliomas colloïdes
2 cas sans précision du type histologique.

5°) L'attente ganglionnaire.

Quant à l'envahissement ganglionnaire, il se répartit comme suit :

Tous les ganglions prélevés avec la pièce d'exérèse sont envahis : 8 fois.
Certains ganglions sont envahis : 9 fois.
Les métastases ganglionnaires ont été observées 17 fois soit dans 33 % de nos malades.
Ce taux d'envahissement ganglionnaire particulièrement élevé est surprenant en apparence, dans ce cancer en surface.

Il s'expliquerait peut être par le fait que 27 malades (55 %) ont été opérés à un stade tardif (stade de cancer ulcéré avec envahissement ganglionnaire macroscopique et microscopique).

En fonction du type histologique nous constatons que :

- dans tous les cas d'épithéliomas en surface (6) il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire.
- sur 28 cas d'épithéliomas glandulaires invasifs 11 fois les ganglions satellites sont atteints (39 % des cas).
- sur 11 épithéliomas indifférenciés on en note 5 avec ganglions métastasiés (45 %)
- enfin pour 4 cas où le type histologique n'est pas précisé l'envahissement ganglionnaire est signalé une fois.

.../...

LE TRAITEMENT

Au terme des examens pré-opératoires aucun de nos 49 malades n'a été recusé. Il en est de même après l'exploration per opératoire ; la résécabilité est de 100 %, alors qu'elle n'est que de 67 % dans une précédente série de 621 cancers de l'estomac publiée par mon Maître A. MOUCHET en 1967.

A - La voie d'abord -

Dans tous nos cas (sauf 2 ou une voie abdominothoracique fut utilisée pour un U.T. sous cardial et une totalisation pour récidive) une incision médiane sus ombilicale a permis un excellent jour de la région opératoire. Cette voie nous semble suffisante même pour la partie haute du corps gastrique à la double condition d'installer le malade en proclive avec un billot sous la charnière dorso lombaire et de soulever le rebord costal par une valve autostatique. Ainsi se trouve facilité en particulier le rétablissement de la continuité après gastrectomie totale.

B - L'exploration per-opératoire.

Elle doit être aussi minutieuse que possible appréciant le caractère de la lésion par le palper à travers la paroi gastrique et au besoin après gastrotomie. Un éventuel envahissement des organes de voisinage sera étudié soigneusement. On recherche des adénopathies dont on précise le caractère inflammatoire ou envahi ce qui est loin d'être aisé le plus souvent. La recherche de métastases et d'une éventuelle lésion viscérale associée doit être systématique. Toute hésitation relative à la nature de l'ulcère doit conduire à un examen extemporané.
L'exploration a permis, comme nous l'avons déjà signalé, de reconnaître la nature maligne de l'ulcère dans 55 % des cas ; de la soupconner dans 19 % des cas ; de croire à tort à un ulcère banal dans 26 % des cas.

Adhérences et envahissement.

Ils ont été mentionnés dans 15 compte-rendus opératoires :

- 11 fois il s'agit d'adhérences inflammatoires souvent, facilement clivables ou enlevables (adhérences au mésocolon transverse, 6 fois ; adhérences hépatiques 2 fois ; pancréatiques 1 fois ; à la paroi abdominale antérieure 1 fois ; au ligament rond 1 fois).

.../...

- 4 fois l'ulcère est perforé bouché dans le pancréas. Son exérèse n'est possible que si elle est étendue au pancréas lui-même.

L'étude de la survie de ces opérés (sans tenir compte des autres facteurs du pronostic) montre :

- pour le premier groupe de 11 malades : 7 décès en moins de deux ans et demi après l'opération ; 2 décès respectivement au bout de cinq et onze ans ; 2 survies depuis six et dix ans.
- dans le deuxième groupe de 4 malades ; 3 ont subi une gastrectomie laissant l'ulcère en place (dont 1 gastrectomie totale). Ils sont tous morts dans l'année qui a suivi l'intervention. (Obs. 13, 26 et 28). Le quatrième a subi une gastrectomie totale élargie à la rate et à la queue du pancréas, il est en vie depuis plus de 19 ans (Obs. n° 7).

L'envahissement ganglionnaire.

- Les ganglions des relais lymphatiques gastriques ont été jugés macroscopiquement envahis 11 fois (chaîne coronaire stomachique 1 fois; pylorique 1 fois ; gastro épiplorique droite 1 fois ; coronaire stomachique et pylorique 6 fois ; enfin coronaire - pylorique et hépatique 1 fois).
- On n'a pas palpé de ganglions 19 fois.
- Les adénopathies ont été de type inflammatoire 8 fois.
- Le compte rendu ne donne pas de renseignement concernant les ganglions 11 fois.

C - L'étendue de l'exérèse.-

- Chaque fois que le diagnostic de malignité a été posé ou suspecté l'exérèse gastrique a été large, passant à distance de la lésion, et associée à un décollement colo épiploïque, une ligature de l'artère coronaire à son origine. On a eu recours au curage ganglionnaire (5 fois). Cette gastrectomie type cancer a été faite 33 fois.
- La gastrectomie totale pratiquée 4 fois est toujours une gastrectomie de nécessité et non de principe. (une gastrectomie totale avec splenectomie, pancréatectomie candale et colectomie transverse (vivant depuis plus de 19 ans) - Une gastrectomie totale avec splenectomie et curage ganglionnaire (opérée en 1970 et se porte bien) - une totalisation secondaire tardive après gastrectomie type ulcère et récidive locale (survie 5 ans)

.../...

- une gastrectomie totale laissant l'ulcère perforé dans le pancréas car le malade est âgé (décès en moins d'un an).

Lorsque l'ulcère était considéré comme bénin l'exérèse était plus limitée (gastrectomie des 2/3 quinze fois ; gastrectomie polaire supérieure par voie abdomino thoracique une fois).

D - Le curage ganglionnaire -

Il a été fait cinq fois. Il ne s'agit pas d'un évidement ganglionnaire type Wangenstein du pédicule hépatique et des ganglions retro duodenaux ; mais d'une exérèse cellulo ganglionnaire méthodique autour des branches du tronc coeliaque préalablement soulevées par des lacs.

La ligature de l'artère coronaire stomachique à son origine a été systématique dans toutes les gastrectomies types cancer. Elle n'a jamais entraîné des troubles d'origine ischémique au niveau du moignon gastrique. Ces troubles rapportés par certaines publications peuvent être évitées en conservant les connections vasculaires spléniques de la grande courbure et les branches oesophagiennes des artères diaphragmatiques.

E - Le rétablissement de la continuité -

- Avant 1960 le rétablissement de la continuité était fait par une gastro-entéro anastomose le plus souvent. Une préférence marquée pour la technique de Polya a conduit à son utilisation chez 14 malades sur 16 opérés entre 1952 et 1960. Les deux autres malades ont eu une anastomose type Finsterer (1 fois) et une anastomose gastro duodénale type Péan (1 fois).
- A partir de 1960 la tendance est inversée : Les 28 gastrectomies subtotales réalisées depuis cette date ont été suivies 27 fois d'anastomose type Péan, et une fois seulement d'une anastomose type Finsterer après une gastrectomie des 9/10è.

Plusieurs remarques s'imposent :

- L'anastomose gastro duodénale plus physiologique nous semble préférable à l'anastomose gastro jéjunale.
- Elle est presque toujours réalisable en matière d'ulcère transformé, dont le siège est souvent antral, à la condition d'éviter toute traction au niveau de l'anastomose en s'aidant au besoin d'un décollement duodéno-pancréatique.
- Ce mode de rétablissement de la continuité n'a pas entraîné plus de complications que l'anastomose gastro jéjunale dans notre série (voir tableau des suites opératoires page 49 bis).

.../...

Le rétablissement de la continuité après gastrectomie totale a été fait à l'aide d'une anse jéjunale montée en y avec anastomose termino latérale. Depuis 1959 toutes nos sutures digestives sont faites en un plan extra muqueux par des points séparés au fil non résorbable.

R E S U L T A T S

A - MORTALITE OPERATOIRE -

Elle est particulièrement élevée puisque cinq malades sont décédés dans le mois qui a suivi l'intervention (près de 10 %). Trois faits importants sont à souligner :

1°) Il s'agit de malades âgés (entre 86 ans pour le plus âgé et 72 ans pour le plus jeune) et tous porteurs de tares graves (état général qualifié de médiocre dans tous ces cas ; malade porteur d' un néo pulmonaire 1 fois ; obèse 1 fois ; maladie cardio respiratoire deux fois).

2°) La mort a été due à une complication générale et jamais à une complication locale (un décès à l'extubation par ischemie cérébrale et arrêt respiratoire puis cardiaque ; une embolie pulmonaire massive ; un coma neurologique avec hémiplégie ; enfin un décès inexpliqué survenu le lendemain de la sortie du malade de l'hôpital, on n'a pas eu d'autopsie).

3°) La fréquence de la mortalité opératoire est relativement plus grande pour les gastrectomies type cancer que pour les gastrectomies type ulcère : 4 pour 1 mais le petit nombre de décès et la proportion plus grande de gastrectomies type cancer (33 fois) ne permettent pas de conclure.

B - SUITES OPERATOIRES -

1°) Suites opératoires immédiates.

Elles étaient simples chez 33 malades (69 % des cas).
Par contre seize malades (31 %) ont eu une ou plusieurs complications.
Il faut souligner d'emblée que la majorité des complications ont émaillé les suites de gastrectomies "type cancer" (voir tableau).

.../...

TABLEAU.III. SUITES OPERATOIRES

	SEXE		GASTRECTOMIE			ANASTOMOSE		
	MASCULIN	FEMININ	TYPE ULCERE	SUB.TOT.TYPE CANCER	TOTALE	GASTRO-JEJUNALE	GASTRO-DUODENALE	ÆSO-JEJUNALE
SUITES SIMPLES	20	13	12	18	3	13	17	3
SUITES COMPLIQUEES	13	3	3	12	1	3	12	1
MORTALITE POST-OPERATOIRE	4	1	1	4	0	1	4	0
FISTULE GASTRO-JEJUNALE	1	0	0	1	0	1	0	0
FISTULE DUODENALE	2	0	1	0	1	0	1	1
OCCLUSION DU GRELE	3	0	0	2	1	2	0	1
ABCES SOUS-PHRENIQUE	1	0	0	1	0	1	0	0
EVISCERATION	1	1	0	2	0	0	2	0
SUPPURATION DE PAROI	2	0	0	2	0	1	1	0
PHLEBO-THROMBOSE	3	1	1	3	0	1	3	0
EMBOLIE PULMONAIRE	3	0	1	2	0	1	2	0
COMPLICATION BRONCO-PULMON.	5	1	2	4	0	1	4	1
GASTRO-ENTERO STOMIE TARDIVE	1	1	1	1	0	0	2	0
JEJUNOSTOMIE TARDIVE	1	0	0	1	0	0	1	0
DERIVATION ILEO-COLIQUE	1	0	1	0	0	1	0	0
TOTALISATION TARDIVE	0	1	1	0	0	1	0	0

2°) Les réinterventions.

Elles sont au nombre de six : jéjunostomie tardive (1 fois) - Gastroentérostomie isolée (1 fois) - gastroentérostomie associée à une iléosigmoïdostomie pour récidive locale et envahissement des intestins (1 fois) occlusion du grêle sur bride (1 fois). Totalisation de la gastrectomie pour récidive sur moignon (1 fois). Enfin la réintervention s'est limitée à une simple exploratrice (carcinose massive et diffuse) (1 fois).

Dans les deux cas où la réintervention s'était limitée à un geste palliatif (jéjunostomie et une iléo sigmoïdostomie de dérivation, Obs. N° 22 et N° 37) dans un cas la gastrectomie étant du type ulcère avec anastomose à la Polya - la récidive au niveau de l'anastomose n'a pas permis l'exérèse. Dans le second cas, la récidive après gastrectomie des 4/5 suivi d'une anastomose type Péan est accompagnée d'une carcinose péritoneale. Il ne semble pas que l'on puisse tirer un argument pour préférer un rétablissement de la continuité par une anastomose gastroduodénale, ou une anastomose gastrojéjunale, en prévision d'une exérèse en cas de récidive. Celle-là est aussi difficile sur un Polya que sur un Péan. Le mode de rétablissement de la continuité se fait selon l'étendue de l'exérèse. Si l'anastomose type Péan est réalisable sans traction nous la préférons à l'anastomose gastro jéjunale. Parmi celle-ci le montage type Polya présente plus de sécurité à notre avis que le montage type Finsterer. De même nous n'avons pas eu à déplorer plus de fistule sur les anastomoses gastro duodénales, que sur les anastomoses gastro jéjunales.

3°) Les suites lointaines.

a) Résultats fonctionnels.

Chez 23 sujets étudiés nous n'avons pas pu établir de différences significatives du résultat fonctionnel selon le type de gastrectomie subtotale et le mode d'anastomose. Tout au plus peut-on noter la perte de poids, et des diarrhées après gastrectomie totale.

En outre, deux facteurs rendent hasardeuse toute interprétation de ces résultats :

1°) L'état fonctionnel n'a pas été noté dans les observations de tous les malades.

.../...

2°) Des facteurs subjectifs (caractère, mode de vie, environnement socio professionnel) ont une incidence certaine sur le devenir d'un opéré de l'estomac.

Pour ces raisons nous ne donnons et à titre indicatif qu'un résultat global intéressant l'ensemble des opérés interrogés.

Etat fonctionnel :	Bon	21
	Moyen	1
	Mauvais	1
Régime		5
Pas de régime		16
Fractionnement des repas		7
Poids	Reprise	6
	Perte	5
	Stable	11
Digestion	Bonne	13
	Difficile	5
Vomissements		3
Diarrhées		5
Reprise d'une activité normale		18

b) Survie à 5 ans.

Nous avons étudié la survie à 5 ans des seuls malades opérés entre 1952 et 1966. Sur 14 gastrectomies type ulcère un décès opératoire étant éliminé il nous reste 13 cas : 6 de ces opérés sont morts avant 5 ans mais 7 sont vivants et bien portants plus de 5 ans après leurs interventions (53 %). Sur 23 gastrectomies type cancer après avoir éliminé deux morts post opératoires il reste 21 opérés : 10 ont succombé avant le délai de 5 ans mais 11 sont vivants et ont dépassé les 5 ans (52 %).

Globalement la survie à plus de 5 ans est de 52,5 % si l'on exclut les morts post opératoires sinon elle est de 48 %.

Quoiqu'il en soit cette survie est bien supérieure à celle que nous obtenons dans le cancer habituel de l'estomac (34 %).

.../...

Il faut rappeler le pourcentage particulièrement élevé de survie rapporté par Brown de la Mayo Clinic en 1961 : 92 % de survie à 5 ans pour les ulcères transformés opérés précocement et 60 % dans les cas d'opération retardée. Parmi nos opérés ayant dépassé cinq ans nous avons un opéré de plus de 19 ans, trois ont dépassé 15 ans, 7 ont dépassé 7 ans et 4 entre 5 et 7 ans.
Dans le lot des survivants de plus de 10 ans deux n'ont pu être revus, mais ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé. Enfin un opéré a succombé après une survie de 5 ans, un second après une survie de plus de 5 ans, un troisième après avoir vécu 10 ans.
Parmi les décés secondaires les causes sont connues dans 13 cas (six récidives locales , trois métastases, quatre maladies intercurrentes, mais dans 10 cas la cause de la mort est inconnue).

- L'étude de la survie à cinq ans en fonction du type d'intervention est d'interprétation difficile car les chiffres sont voisins. (voir tableau).

Tableau IV - Type de gastrectomie et survie à 5 ans.

TOTAL des opérés 37 (1952-1966)	*Décès opératoire*	*Morts avant 5 ans*	*Vivants à 5 ans*
Gastrectomie type ulcère (14)	*1*	*6(47%)*	*7(53%)*
Gastrectomie type cancer (23)	*2*	*10(48%)*	*11(52%)*

Survie à 5 ans : 48,6 % (mortalité opératoire comprise).

Elle ne doit pas en tout cas conduire à considérer la gastrectomie type ulcère comme suffisante dans le traitement de l'ulcère transformé. Si l'on considère l'ulcère transformé d'aspect banal (à l'exploration per-opératoire) comme stade précoce de la transformation maligne de l'ulcère, une gastrectomie large type cancer nous aurait donné une meilleure survie que la gastrectomie type ulcère

.../...

qui a été pratiquée. Cette survie aurait dépassé de loin les 52 % obtenus chez les malades opérés avec le diagnostic de néo évident.

- L'étude de la survie en fonction de l'envahissement ganglionnaire.

Elle met particulièrement en évidence le mauvais pronostic des formes avec envahissement ganglionnaire.

Tableau V - Envahissement ganglionnaire et survie
37 opérés depuis plus de 5 ans (1952-1966).

	Ganglions envahis	*Ganglions sains*	*Sans précision*
Morts avant 5 ans : 19	*7*	*4*	*8*
Morts à 5 ans : 18	*3*	*12*	*3*

Survie globale à 5 ans : 48,6 %

Survie à 5 ans des opérés n'ayant pas d'envahissement ganglionnaire : 75 % (12 sur 16).

Survie à 5 ans des opérés dont les ganglions sont envahis : 30% (sur 10, 3 survivants à 5 ans dont 2 ont subi un curage ganglionnaire coeliaque).

La survie à 5 ans des opérés dont les ganglions étaient indemnes est de 75 % (+2 sur 16). Elle tombe à 33 % pour ceux dont les ganglions étaient métastasiés (2 sur 6). Il faut noter que les 2 survivants de cette catégorie avaient eu un curage ganglionnaire.

- L'étude de la survie en fonction du curage ganglionnaire.

5 malades ont subi un curage ganglionnaire coeliaque : 3 sont vivants respectivement depuis 10 ans, 7 ans, et 6 ans ; le 4ème est décédé dans l'année et le 5ème au bout de 6 mois.

.../...

P R O N O S T I C

Le pronostic de l'ulcère transformé est meilleur que dans le cancer gastrique habituel. La survie moyenne à 5 ans dans notre série est de 52 %. Elle est proche de celle de Nussbaumer (50 %); moins bonne que La Mayo Clinic (90 % et 70 %); meilleure que celle de Lambling 35 % (la survie pour les cancers gastriques n'est que 34 %) A. MOUCHET.
Quels sont les facteurs de ce pronostic :

1°) Le sexe -

Nous avons déjà signalé la morbidité plus faible chez la femme que chez l'homme. En tenant compte du sex-ratio (2 hommes pour une femme), la mortalité est nettement plus grande chez les hommes, puisque dans le groupe des opérés qui nous a permis l'étude de la survie à 5 ans (opérés entre 1952 et 1966) nous constatons le décès de 16 hommes (dont 2 en post opératoire) contre le décès de 3 femmes (dont 1 décès post opératoire). Parmi les survivants à 5 ans 12 hommes et 6 femmes.

2°) L'âge -

Nous avons également déjà noté l'incidence de l'âge avancé tant sur la morbidité que sur la mortalité post-opératoire. L'âge moyen des opérés qui ont une survie de plus de 5 ans est de 54. Celui des décédés est de 64. Cette notion est en contradiction avec la notion classique de gravité plus grande du cancer chez le sujet plus jeune.

3°) L'ancienneté de la maladie -

Une histoire ulcéreuse longue serait un facteur de bon pronostic selon LAMBLING et LOUSSOUARN. Nous avons remarqué en effet parmi nos malades une plus grande fréquence d'un long passé ulcéreux chez les opérés ayant une survie supérieure à 5 ans que parmi les décédés. (voir tableau).

..../...

MALADES OPERES ENTRE 1952 et 1966

Histoire ancienne	*Vivants*	*Décédés*
Plus de 10 ans	*7*	*0*
Plus de 5 ans	*2*	*3*
4 ans	*2*	*1*
3 ans	*1*	*1*
2 ans	*4*	*3*
Un an et moins d'un an	*2*	*8*
TOTAL	*18*	*17*

4°) L'altération de l'état général -

Elle est beaucoup moins fréquente que dans le cancer gastrique habituel. Elle se limite presque toujours à un léger fléchissement de l'appétit un petit amaigrissement. Ce n'est que dans deux cas où l'état général était atteint d'une façon importante. Il s'agit de formes vues très tardivement avec déjà dans un cas une tumeur palpable.

5°) La nature histologique de l'épithélioma -

Si dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'épithelioma glandulaire typique les épithéliomas indifférenciés confèrment leur mauvaise réputation : sur 5 malades opérés entre 1952 et 1966 - 4 sont morts dans l' année, le cinquième a présenté une récidive quelques mois après la première intervention - une totalisation de la gastrectomie a permis une survie de 6 ans. (Obs. N° 45). A l'inverse l'épithélioma en surface, représentant la dégénérescence à son début, est de bon pronostic - tous les malades de ce type histologique ont une survie supérieur à 5 ans. (Obs. N° 2 - 10 - 30 - 44).

.../...

6°) L'envahissement ganglionnaire -

C'est un facteur incontestable de mauvais pronostic puisque la survie des opérés qui n'ont pas d'envahissement ganglionnaire est de 75 %. Elle tombe à 33 % pour les opérés qui ont des métastases ganglionnaires.

7°) Quant à l'étude de la survie à 5 ans, selon le type de gastrectomie, nous avons signalé l'absence de différence significative entre la survie des opérés ayant subi une exérèse large et ceux qui ont subi une gastrectomie plus limitée (type ulcère). Nous avons émis l'hypothèse selon lequel l'ulcère transformé au stade d'ulcère banal correspond à un stade plus précoce que l'ulcère au stade de cancer évident, (puisque l'envahissement ganglionnaire est plus fréquent dans ce dernier cas). Une exérèse plus limitée opposée à un cancer moins évolué donne un résultat voisin de celui d'une exérèse plus large à un stade plus tardif.
L'évolution lente de l'ulcère transformé dépisté précocement permet ainsi de recourir à la gastrectomie subtotale dans la majorité des cas. A signaler en fin que l'exérèse curative dans l'ulcère transformé est presque toujours possible (sur 49 malades, un seul a été opéré au stade de métastases hépatiques et péritonéales et a subi une exérèse palliative).

Enfin nous soulignons un fait important relatif au décès.- Parmi les opérés entre 1952 et 1966, nous avons déploré 19 décès (dont 3 post-opératoires) - les 16 décès dans les suites éloignées sont morts dans les trois ans qui ont suivi l'intervention (respectivement au bout de un an : 8 (50 %) de 2 ans : 6 (87 %), de 3 ans 2). C'est dire que la surveillance doit être particulièrement vigilente pendant les trois ans qui suivent l'opération.

.../...

C O N C L U S I O N S

Le pronostic de l'ulcère transformé est moins mauvais que celui de l'épithélioma gastrique primitif (52 % de survie à 5 ans contre 34 %). Il peut être amélioré par un diagnostic précoce, au stade purement muqueux (7 sur 49 dans notre série) sans adénopathie satellite.

Bien que la fréquence de l'ulcère transformé par rapport au nombre de gastrectomie pour ulcère ne représente que 11 % ; la surveillance d'un sujet porteur d'un ulcère gastrique doit être plus vigilante. On voit encore trop souvent des traitements anti-ulcéreux prescrits sans preuve radiologique (de nombreux cas de la présente série) et à l'inverse des ulcéreux connus qui font des poussées répétées pendant des années sans subir un seul contrôle radiographique (également parmi les observations que nous avons étudiées).

La radiographie a permis dans 67 % des cas la suspicion pré-opératoire de lésion maligne (mais trop souvent à un stade tardif). On doit la demander au moindre soupçon d'ulcère gastrique. Elle précède et oriente la fibroscopie avec biopsies multiples. Si la preuve de la dégénérescence est obtenue, l'intervention s'impose d'emblée. Sinon on répètera le contrôle radiologique et endoscopique après le test thérapeutique de Gutmann qui ne doit pas dépasser 4 semaines.

Quant à l'examen extemporané per-opératoire, il est évidemment capable d'apporter au chirurgien une certitude et de lui dicter la tactique à employer. Mais il n'est pas toujours réalisable. En outre, en matière de lésions gastriques il est d'interprétation difficile pour les anatomopathologistes les plus qualifiés. En fait, il ne concerne qu'une proportion réduite de cas : il est inutile dans les cas d'ulcère transformé au stade de cancer évident ou fortement suspecté. Il est à demander lorsque l'ulcère est en apparence banal à la fibroscopie, et que les biopsies multiples et répétées sont négatives. Or la fiabilité de la fibroscopie, s'améliorant d'année en année, réduira les cas ou l'extemporané est indispensable.

De toute façon, toutes ces investigations ne diminuent en rien la valeur de l'exploration per-opératoire, l'examen soigneux de l'estomac au besoin après gastrotomie pour voir l'ulcère, recherche des adénopathies en appréciant leur aspect, leur caractère et en demandant éventuellement un extemporané.

..../...

Mais au moindre doute, il faut faire une gastrectomie type cancer comportant une très large résection gastrique (4/5è) avec ablation des épiploons, ligature haute de l'artère coronaire. La gastrectomie élargie peut trouver des indications de même que le curage ganglionnaire coeliaque.

Il est une éventualité malheureuse. Lorsque la nature cancéreuse de l'ulcère est révélée par le compte-rendu anatomopathologique de la pièce d'exérèse en post-opératoire. Quelle attitude adopter ? Si l'exérèse passe à distance de l'ulcère et si les ganglions examinés ne sont pas envahis, on peut se contenter d'administrer une chimiothérapie sous une stricte surveillance à la fois générale et gastrique. Si l'exérèse est insuffisante et surtout si une partie de l'ulcère est laissée en place, si les ganglions sont envahis, une réintervention en vue d'une totalisation de la gastrectomie, si le malade est jeune, s'impose. Chez les sujets âgés le choix est plus difficile.

En cas de refus du malade, la seule ressource réside dans la chimiothérapie par voie générale, encore qu'elle ne nous ait pas donné de résultats probants dans les deux cas où nous y avons recours.

Lorsque l'examen anatomopathologique apporte la désagréable surprise de l'ulcère transformé mais que les ganglions prélevés sur la pièce opératoire sont indemnes, on peut conseiller la chimiothérapie complémentaire. Mais surtout il faut instituer une surveillance très stricte de l'opéré : contrôles radiographiques et fibroscopiques répétés tous les trois mois pendant les trois premières années (sur les 22 décès post-opératoires, 19 ont eu lieu dans les 3 ans qui ont suivi l'intervention, les 3 autres respectivement au bout de 5 - 10 et 13 ans). Signalons qu'une réintervention plusieurs mois après l'opération initiale pour récidive sur moignon, ne nous a pas permis de totaliser la gastrectomie.

C'est au prix d'une attitude plus vigilante de la part du médecin traitant, du gastro-entérologue et du chirurgien que le diagnostic précoce de l'ulcère transformé bénéficiera de l'amélioration récente des investigations préopératoires. L'extraordinaire pourcentage de survie à 5 ans (92 %) des ulcères transformés opérés précocement à la Mayo Clinic (1961) illustre de la meilleure façon les possibilités d'amélioration du pronostic de cette

.../...

lésion maligne.

Malheureusement, même en associant radiologie, endoscopie et cytologie, il semble bien qu'on ne puisse escompter à ce jour plus de 66 % de diagnostics exacts pré-opératoires (IWASA-Japon). Aussi doit-on poser la question de l'exérèse systématique des ulcères gastriques (CRESPI et DI MATTEO) notamment de ceux qui siègent dans "la zone dangereuse" compte-tenu de la bénignité réelle de la gastrectomie. Cette attitude résolument chirurgicale paraît justifiée, car elle réalise le traitement prophylactique d'une cancérisation toujours possible.

B I B L I O G R A P H I E

Bibliographie limitée aux publications récentes. Pour les travaux plus anciens on trouvera la bibliographie dans les trois premières références citées :

DELANNOY et COLL : L'ulcère transformé de l'estomac est rare. Ann.Chir. Septembre 1955, 31,527-538.

FREXINOS, J. et DUFFAUT : La cancérisation de l'ulcère gastrique. Rev.franç. Gastroent., Avril 1968, 37, 21-30.

GAUSSEN L. : Considérations sur la transformation néoplasique des ulcères de l'estomac (Thèse, Paris, 1950).

LAMPERT, F.G. WAUGH, J.M. and DOCKERTY, M.B.: The incidence of malignancy in gastric ulcers believed pré-opératively to be benign. Surg. Gynec. Obstet.,91,6,673-679.

CASTELFRANCHI,P.L. FERREIRA-SANTOS, R.,BRANDAO,H.J.S et GENEVIA,R., (San Paulo, Brésil) : Ulcères gastriques cancérisés. Lyon Chir., Mars 1966, 62,198-203.

CHATELIN,C.L. : Ulcère dégénéré et cancer ulcéré de l'estomac. Sem.Hôp.Paris 14 Avril 1969, 45,18,1163-1167.

CHATELIN,C.L., DELAVIERE,Ph. et VAYRE,P. : L'ulcère gastrique dégénéré. Presse médica., 74,5, Janvier 1966, 223-228.

CHATELIN,C.L., et ORRECHIA,L.: Ulcères dégénérés de l'estomac, Sem. Hôp. Paris 1970,46,18, 1210-1216.

CRESPI, M. and DI MATTEO, S.(Rome Italier): The diagnosis of the carcinoma of the stomach in its early phase. Arch. franç.Mal.Appar. dig. 1972,61,4-5, 285-292.

DALMAS, H., ROUZAUD,R. et PICAUD, R. : A propos de deux cas d'ulcéro-cancer de l'estomac. Actes de la Société de Gastro-éntérologie du littoral méditerranéen : Séance du 16 décembre 1967. Arch. Franç. Mal. Appar. dig., Avril-Mai 1968, 57,3,388-389.

DEBRAY, Ch, HOUSSET, P., PIRONNEAU,A. et MARCHE Cl. Mme : Double ulcère cancérisé du corps de l'estomac. Diagnostic par la gastro-biopsie dirigée. Sem.Hôp.Paris 14 Avril 1970, 46,18, 1207-1209.

DEBRAY, Ch., MARCHE,M., M. HOUSSET,P. et LAVERDANT,Ch.: Les ulcères gastriques cancérisés, Soc. Méd. Chiru.Hôp. et Form. sanit. Armées, Septembre-Octobre 1969, 9,883-904.

EICHELBRENNER,D. : L'ulcère transformé (à propos de 14 observations). Thèse, Paris 1970, 7, 56 pages.

GUTMANN,R.A.: L'ulcère gastrique transformé. Nouv. Presse méd., Novembre 1971, 0,9-10.

HEULLY, F. et Coll.: Critères endoscopiques des ulcères suspects de malignité. Arch. franç. Mal. Appar. Dig. ,Octobre-Novembre 1971, 60, 10-11, 569.

.../...

HEULLY,F., GAUCHER,P., LAURENT, J.X., VICARI, F., BAS, M. et JEANPIERRE, R.: Critères endoscopiques des ulcères suspects de malignité. Bull. Ass. Nord Lothar. de gastro-entér., Janvier 1972, 11, 1, 7-8.

IWASA, H., OKOMOTA. Y., TAKAHASHI, M., HATANO, R., NAGAKURA, K., ISHIKAVA, M., SENYO, G et HASHIZUMO, M. : Ulcéro-cancer, ulcus carcinoma. The Bull. of Tokyo Med. and Dental University, Mars 1968, 15, 1, 19-28.

MEKNINI, B. : Etude de 42 cas d'ulcéro-cancers (recueillis dans un ensemble comprenant 1088 ulcères gastriques et 594 cancers gastriques). Thèse, Paris, 1970, 10, 80 pages.

KEMP HARPER, R.A., (London). Malignant Gastric ulcers. Clinical Radiology. Apr 1961, 12, n° 2, 95-108.

KENNEDY, B.J. : T.N.M. Classification for stomach cancer. Cacner (Philad)., 1970, 26, 971.

KOTHE, W., ALBERT, H. et NOWOTNY, K.: Clinique et traitement du cancer ventriculaire au siège de l'ulcère. Zbl. Chir., 10 Mai 1969, 94, 19, 633-637.

KOURIAS, B.G. et PAPACHARALAMPOUS, N.: Considérations cliniques et anatomopathologiques sur la transformation maligne de l'ulcère gastrique. Arch. franç. Mal. Appar. dig., Juin-Juillet 1971, 60, 6-7, 309-318.

LEVRAT, M. : Le cancer ulcériforme de l'estomac. Arch. Mal. Appar. dig., 1970, 59, 12, 813-814.

LEYMARIOS J.Quant faut-il demander une gastroscopie ? Le concours médical. 27 Juin 1970 - 92 - 26 (5867-5874).

LIGOURY, CL., CAPELLE, Ph., LEMAIRE, R. et HUGUIER, M.: Les cancers superficiels de l'estomac Concours médical. Juin 1972, 4693-4698.

LIGOURY, Cl.,et CONTE M.: La fibroscopie gastrique avec biopsie dirigée chez 60 malades atteints de cancer gastrique. Sem. Hôp. Paris. 14 Janv. 1971. p 153- 162.

LOUSSOUARN, J. et TURPIN, J. : L'ulcère dégénéré. Concours méd., 6 Fév. 1971. 93, 6, 859-869.

Mc NEILL A.D., - Vagotomy and drainage in the treatment of gastric ulcer. Surgery, Gynecology et obstetrics Janv. 1969 - vol. 128. Number I p. 91 - 96.

MAROIS, M. : L'ulcère gastrique bénin et l'ulcère gastrique malin. Laval. Méd., Novembre 1971, 42, 9, 905-906.

MILLER, M.G. : Le diagnostic du cancer de l'estomac à son stade précoce. Arch. franç. Mal. Appar. dig., 1972, 61, 4-5, 279-284.

MONTORI, A. and VICECONTE, G.: The use of the gastrocope in the diagnosis of some pre-cancerous lesions of the stomach of surgical importance. Chir. gastroent., 1971, 5,4, 466-474.

NELSON, R.S.: Radioactive phosphorus in the diagnostic of gastro-intestinal cancer. (Springer, édit.), Berlin, 1967.

.../...

PARIS, J., LAGACHE, G., DUPONT, A., COMBEMALE, B. et PARIS J.C. : Ulcère gastrique à dégénérescence lymphosarcomateuse. A propos d'un cas. Arch. franç. Mal. Appar. dig., octobre-novembre 1969, 58, 10-11, 703.

RATZER, E. R., HAGHIGHI, P et BRASFIELD, R.D. : Ulcère gastrique malin. Amer. J. Surg., Mai 1966, 111, 5, 708-711.

RAZEMON, P. et GAUTIER Benoît : Evolution des formes histologiques de l'épithelioma gastrique. Etude de 470 épithéliomas de l'estomac. Ann. Chir., Février 1967, 21, 3-4, 154-159.

ROUSSELET, J. : Les enseignements d'une statistique personnelle de 100 cas d'ulcères gastriques. Contribution au problème de l'ulcère transformé. Thèse, Paris, 1963, 437, 159 pages.

LINDENSCHMIDT. Th.O et SCHWABE G.- Ulcère carcinomateux de l'estomac. Rapport clinique de 156 malades. 84ème journée Soc. allemande. de chir. in Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1967, 319, 306-309.

TAKAO SAKITA, YANAO OGURO, SACHIO TAKASU, FUKUTONI, TAKESHI et MASAYOSHIMONO: Observations on the healing of ulcerations in early gastric cancer. The life cycle of the malignant ulcer. Gastroenterology., 60, Mai 1971, 5.

TRAISSAC, F. J., TRAISSAC, K., GRATADOUR, P. et PACCALIN, J. : Ulcération angulaire cancérisée après une évolution de vingt cinq ans. Bordeaux méd., Janvier 1970, 1, 3, 184.

TRAISSAC, F.J., TRAISSAC, K., GRATADOUE, P. et PACCALIN, J. : ulcération angulaire cancérisée après une évolution de vingt cinq ans. Arch. franç. Mal. Appar. dig., Janvier-Février 1970 59, 1-2, 88.

UMEDA, K. et AIKAWA, K. : Estomac et intestin, 1971, 6,6.

WELCH, Cl. et BURKE, J.F. (Boston) : Réestimation de l'ulcère gastrique. Surgery, 1969, 65, 708-715.

Bibliographie sélective antérieure

à 1960

BERNARDO J.R. Saderberg. G.H. and Miglaccio A.V. Gastric ulcer. Surgery 1958. 44.804.812.

BROWNE D.C. - Mitchell. R.A., Mc HARDY, G.; and WELCH. G.E. Evaluation of surgical intervention in gastric ulcers. J.A.M.A. 19.54, 155. 807.

DEMOLE M. et MICHAUD. Fréquence et évolution de l'ulcère gastrique cancérisé. Arch. Mal. App. dig. 1952. 41-393.

JORDAN S.M.- Gastric ulcer and cancer. Gastro entérology-1958. 34.254.268.

MARSHALL. SF. Gastric carcinoma. Med. J. Pennsylannia 1948. 51-841.847.

.../...

MONGES. H., PAYAN. H., BONNEAU H et SAINT PIERRE A.: note sur la fréquence de la cancérisation de l'ulcère gastrique d'après l'étude histologique de 776 cas d'ulcère gastrique. Arch. Mal. App. dig. 1960 - 49, 651.

OGILVIE. Sir. H. - The surgery of peptical ulcération. Brit. Med. J. 1952. 2. 299.304.

STEWART M.J. Ulcer cancer of the stomach. Mc. Ewan Mémorial lecture for 1953. Glasgow Jackson. Cit. in cancer, ed. by. R.W. Ravon 1958 vol.2. London.

TSCHANTZ P. Etude histologique des rapports entre ulcère et carcinome gastrique. Gastro entérologia.